

PSIHANALIZĂ
CONTEMPORANĂ

Prinde-i înainte de a cădea

Noi abordări
în tratamentul
prăbușirii psihice



TREI

CHRISTOPHER
BOLLAS

Cel mai frecvent catalizator al unei prăbușiri psihice este o ceartă cu un prieten sau o respingere bruscă din partea unui partener. Aceste fenomene comune pot evoca elemente psihologice latente, care împing persoana în vidul creat de respingere și umplu spațiul cu un afect până atunci înăbușit, de obicei originând dintr-un eveniment mult mai profund și mai tulburător din copilăria persoanei. Acest fapt are efectul imediat de a regresa pacientul, funcționarea adultă de nivel mai înalt fiind uzurpată de poziția psihică a sinelui la momentul evenimentului original.

■

C. BOLLAS

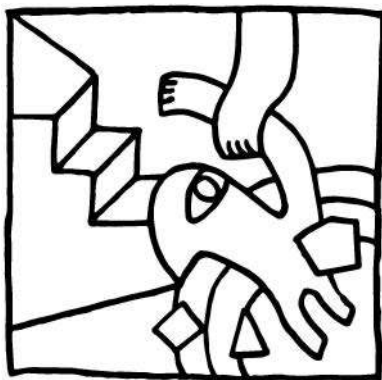
PSIHANALIZĂ CONTEMPORANĂ

Colecție coordonată de
Vasile Dem. Zamfirescu

PSIHANALIZĂ
CONTEMPORANĂ

Prinde-i înainte de a cădea

Noi abordări
în tratamentul
prăbușirii psihice



TREI

CHRISTOPHER
BOLLAS

Traducere din
engleză de
Laura Netea

Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactare:
MANUELA SOFIA NICOLAE

Coperta:
FABER STUDIO

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
GABRIELA ANGHEL

Corectură:
IRINA MUȘĂTOIU
VIRGINIA ALEXE

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
BOLLAS, CHRISTOPHER

Prinde-i înainte de a cădea! : noi abordări în tratamentul prăbușirii psihice / Christopher Bollas; trad. din engleză de Laura Netea. -

București: Editura Trei, 2019

Conține bibliografie

ISBN 978-606-40-0624-0

I. Netea, Laura (trad.)
159.9

Titlul original: Catch Them Before They Fall: The Psychoanalysis of Breakdown
Autor: Christopher Bollas

Copyright © 2013 by Christopher Bollas

All rights reserved.

Authorised translation from the English language edition published by Routledge,
a member of the Taylor & Francis Group.

Copyright © Editura Trei, 2019
pentru prezenta ediție

O.P. 16, Ghișeu 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90; Fax: +4 0372 25 20 20
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN: 978-606-40-0624-0

Cum să-i prindem înainte de a cădea

În cadrul acestei explorări a unei abordări radicale a tratamentului psihanalitic acordat persoanelor aflate la limita prăbușirii psihice, Christopher Bollas oferă o paradigmă clinică nouă și curajoasă.

Acesta sugerează că scopul inconștient al prăbușirii este prezentarea sinelui în fața celui alt, ce vizează facilitarea unei înțelegeri transformatoare; aducerea nucleului perturbat în situația de a fi întâlnit și înțeles în mod direct. Dacă este surprinsă la timp, o prăbușire poate deveni *un progres*. Vorbim aici de un eveniment impregn timer cu cea mai profundă semnificație personală, dar care necesită o adâncă înțelegere pentru ca sensul său să-și poată împlini potențialul transformator.

Bollas consideră că spitalizarea, tratamentul medicamentos intensiv și terapia cognitiv-comportamentală/comportamentală dialectică reprezintă cu toatele forme de negare a acestei oportunități și propune ideea conform căreia multora dintre acești pacienți ar trebui să le fie oferită în schimb o psihanaliză extinsă și intensivă.

Această carte va fi una de interes pentru clinicienii care desoperă că, în cazul pacienților aflați la limita prăbușirii psihice,

travaliul psihanalitic tradițional se dovedește a fi insuficient pentru soluționarea crizei emergente. Cu toate acestea, provocatoarea propunere a lui Bollas va stârni multe întrebări, iar, în capitolul de final al cărții, unele dintre acestea sunt ridicate de Sacha Bollas și prezentate sub formă de întrebare și răspuns.

CHRISTOPHER BOLLAS, PHD,
este psihanalist, activând în Londra.

SACHA BOLLAS, PSYD,
este psiholog, activând în Los Angeles.

Cuprins

5	Cum să-i prindem înainte de a cădea
9	Introducere
24	Capitolul 1. Sinele fisurat
33	Capitolul 2. Semne ale prăbușirii psihice
47	Capitolul 3. Principiile
59	Capitolul 4. Emily
66	Capitolul 5. Anna
84	Capitolul 6. Mark
94	Capitolul 7. Istorii și après-coup
103	Capitolul 8. Timpul
109	Capitolul 9. Experiența emoțională
115	Capitolul 10. Reflecții, explicații și perlaborări
130	Capitolul 11. Schimbarea psihică
136	Capitolul 12. Concluzii
143	Capitolul 13. Întrebări
174	Bibliografie

Introducere

Există multe motive pentru care oamenii se îndreaptă către o psihanaliză sau o psihoterapie. Foarte puțini fac acest lucru pentru a avea o prăbușire psihică, deși unii dintre ei abia dacă se mai pot susține. Deși, la nivel conștient, mulți aleg psihanaliza cu scopul de a soluționa ceea ce numim cu blândețe *probleme relaționale* sau *probleme situaționale*, aceștia suferă, în sinea lor, de o covârșitoare durere psihică, fiindu-le imposibil să-și imagineze că vor supraviețui.

Psihanaliștii au ajuns să realizeze că, dacă ședințele de analiză au loc de câteva ori pe săptămână și dacă analizandul regresează la stadiul de dependență într-un mod mai degrabă obișnuit — slăbindu-și apărările, deschizându-și sinele către transformarea interpretativă, abandonând tiparele tulburate ale personalității¹ —, de obicei, sinele se va descompune într-o manieră lentă și cumulativă, non-traumatică. Acesta este modul în care lucrează mulți psihanalize și, în majoritatea cazurilor, analiza standard nu necesită nimic în plus.

¹ Character în original. Prin alegerea termenului, autorul a făcut referire și la sensul de „personaj” al acestuia. În limba română a fost tradus preponderent cu „personalitate” pentru a nu se crea confuzii, acesta din urmă fiind mai des utilizat în limbajul de specialitate; de asemenea, „personalitate”, ca și „personaj” au rădăcina comună „persona”, cu același sens de mască. (N. red.)

Există unii clinicieni care, în general, ca rezultat al afilierii la un spital de psihiatrie, prezintă un interes deosebit față de a lucra analitic cu persoane psihotice. În schimb, majoritatea analiștilor, deși lucrează cu un spectru larg de pacienți, intră numai ocazional în contact cu psihoza sau cu indivizi aflați în pragul prăbușirii psihice. În mod obișnuit, orice potențială catastrofă poate fi atenuată prin intermediul travaliului psihanalitic tradițional, dar uneori se dovedește că lucrurile nu funcționează întocmai.

Această carte este dedicată provocărilor aduse de lucrul cu persoane aflate în terapie sau în analiză care, fie brusc, fie treptat, indică existența unor semne de prăbușire psihică, care, din varii motive, nu poate fi soluționată cu ajutorul unei abordări clinice obișnuite. Această lucrare sugerează o cale alternativă celor urmate în general — spitalizarea și/sau medicația antipsihotică sau anti-depresivă — și care pot avea un impact ireversibil asupra vieții unei persoane.

Mai mult decât atât, intenția acestei cărți este de a constitui o ripostă față de mult-lăudatele tratamente aparținând terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) ori comportamentale dialectice (TCD), care au drept consecință facilitarea poziționării în plan secundar de către pacienți a vieții lor interne, prin distragerea atenției acestora către un proiect cognitiv temporar. La fel cum un părinte oprește plânsul copilului distrăgându-l — „Hei, ia uite ce-i acolo!” —, astfel de intervenții pot împiedica declanșarea unei crize *necesare* sau trivializa funcția profundă a comportamentului simptomatic.

Dacă prăbușirea psihică a pacientului scoate la suprafață problematici psihice esențiale, cărora acum le va fi accesibilă schimbarea, datorită vulnerabilității sinelui, lipsa din partea analistului

a unui răspuns analitic adecvat constituie un eșec fundamental de întâmpinare a nevoilor sinelui. Când se întâmplă astfel, analizandul poate să oprească declanșarea crizei, direcționat fiind de noi axiome, construite pe baza presupunerii că nevoile sinelui nu sunt demne de a fi împlinite sau că acestea sunt prea excesive pentru a li se putea face față. Prăbușirea devine atunci *structuralizată* în cadrul sinelui drept un defect permanent, anume, în opinia mea, aproape imposibil de a mai fi remediat în cadrul travaliului analitic ulterior, fie alături de respectivul analist fie într-o tranșă viitoare de terapie sau analiză.

Distragerea prin TCC/TCD va atinge numai suprafața sinei și va acoperi, pentru o vreme, fisurile create în acesta, adesea înspre ușurarea pacientului, a statisticilor spitalicești și a statului, preocupat doar de rentabilitatea persoanei. Dar pentru cei care văd prăbușirea psihică drept o experiență umană profundă, distragerea sinelui de la semnificațiile fragilității sale conduce înspre o nouă și specifică formă de pierdere. Este prea devreme în acest secol pentru a cunoaște efectele pe termen lung ale unor tratamente atât de superficiale, deși opinia mea este că ar fi iresponsabil din partea noastră să lăsăm timpul să decidă. Oamenii aflați în colaps nu au nevoie ca altcineva să le mute privirea dinspre lumea internă către o carte de exerciții de autoîntrajutorare; ei au nevoie să fie auziți și înțeleși din străfundurile sinelui, care li se arată și care constituie însăși criza parcursă.

Ceea ce urmează trebuie văzut într-o lumină potrivită. Marea majoritate a celor cu care am lucrat de-a lungul carierei mele au fost pacienți *obișnuiți*, care sufereau din diverse motive, care puteau vorbi despre această suferință, o puteau pune în scenă în transfer și la care se preta analiza tradițională. Deci, este important de subliniat că această carte prezintă circumstanțe extrem

de neobișnuite. Se poate ca majoritatea analiștilor să nu se confrunte niciodată cu tipul de situație căruia ne adresăm aici, dar nu este nici una atât de rar întâlnită încât să nu merite să îi acordăm importanță.

Din timp în timp, poate o dată la câțiva ani, descopeream că un pacient părea să aibă nevoie de ceva diferit din partea mea. Nu mă refer aici la anumite diagnostice. În primul meu an de practică privată, am avut trei pacienți psihotici în analize de cinci ședințe pe săptămână, dar faptul că aceștia erau maniacali sau deliranți nu era vreo surpriză; era o trăsătură obișnuită a bolii lor. Eu mă refer aici la acele ocazii, prin comparație deosebit de rare, când o persoană non-psihotică indica, prin aspectul și comportamentul perturbate, că se afla în pragul unei prăbușiri psihice.

În Marea Britanie, exista obligația ca psihanalistii nemedici, asemenea mie, să îi telefoneze medicului de familie și să îl informeze că pacientul său se afla într-o stare de dificultate. Medicul urma să consulte persoana și, cel mai probabil, să recomande spitalizarea. Am avut norocul ca, atunci când mi s-a întâmplat acest lucru pentru prima oară, cu o pacientă despre care voi discuta în Capitolul 4, să fiu în bune relații cu medicul acesteia. L-am întrebat dacă mi-ar permite să-i ofer ședințe psihanalitice extinse și să vedem dacă voi reuși să fac în așa fel încât pacienta să nu fie nevoită să se interneze, iar medicul a fost de acord.

Așadar, prima dată i-am pus la dispoziție mai multe ședințe în cadrul săptămânii de lucru, iar apoi, când acestea s-au dovedit insuficiente, am crescut numărul ședințelor la două pe zi, șapte zile pe săptămână. Am continuat în acest ritm timp de trei săptămâni, până când a depășit criza. Știam că o astfel de metodă era neobișnuită, dar am considerat atunci că era o ocazie singulară.

De fapt, cu câțiva ani mai devreme, mă întrebasesem ce aş face dacă un pacient ar avea nevoie de îngrijire intensivă şi am vizitat unităţile de internări psihiatrice din câteva spitale din nordul Londrei. M-am gândit la cum aş putea, dacă ar fi necesar, să duc un pacient la spital, şi am descoperit o firmă de taximetrie locală care părea de încredere, al cărei număr l-am păstrat în cabinet.

Într-o discuţie cu un foarte respectat coleg, un medic de familie cu specializare în psihiatrie, pe care îl voi numi dr. Branch, am realizat că ar fi posibil să alcătuiesc o echipă de oameni care să furnizeze un mediu de susţinere pentru un pacient care devine psihotic sau suferă o prăbuşire.² Ideea era de a oferi un tip de îngrijire pe bază psihanalitică prin care să se evite nevoia de internare a unui pacient, idee pe care am discutat-o cu directorul Echipei de Asistenţă Socială Regională şi cu colegii acestuia. Pe parcursul sfârşitului anilor '70, dr. Branch mi-a furnizat un sprijin medical în lucrul cu pacienţii schizofrenici şi maniaco-depresivi, iar când aceştia erau acut tulburaţi, am colaborat într-o astfel de manieră încât să prevenim spitalizarea.

Abia în decursul celui de-al doilea deceniu de practică am început să observ un tipar: uneori, unii oameni păreau să necesite o formă specială de tratament psihanalitic pentru ca nevoile lor clinice să fie întâmpinate, iar acest fapt să nu se soldeze cu un eşec. Până la mijlocul anilor '80, se adunase deja un număr de ocazii în care răspusesem apropierei unor pacienţi de o prăbuşire psihică prin a le extinde şedinţele.

Până la acel moment, supervizasem şi multe cazuri de peste hotare, în cadrul cărora terapeuţii şi analişti încercaseră să facă

² Dr. Branch este un pseudonim, întrucât acesta a avut un rol atât de important în munca noastră împreună încât dezvăluirea numelui său ar pune în pericol dreptul la confidenţialitate al multor pacienţi. (N.a.)

ceva similar. Exista însă o diferență cheie: în genere, acești clinicieni îi oferiseră unui pacient o ședință în plus din când în când și numai când era deja prea târziu. Cu alte cuvinte, aceștia furnizau tratament reactiv și nu îngrijire proactivă. Mai mult decât atât, tindeau să-și comunice ambivalența față de propriile acțiuni pacienților, astfel provocând, fără să-și dea seama, încă o și mai mare anxietate, care conducea curând înspre crearea unui cerc vicios (pacientul și analistul inducându-și unul altuia o din ce în ce mai mare stare de alarmă), care avea adesea drept rezultat spitalizarea.

Finalitatea unei prăbușiri psihice nu este întotdeauna o decompensare psihotică, deși aceasta poate avea loc. În cele mai multe dintre cazuri, persoana care suferă un astfel de colaps, care nu se transformă mai apoi într-un progres, devine ceea ce eu numesc un *sine fisurat*. Ulterior, acești indivizi vor avea, pentru tot restul vieții, o funcționare semnificativ debilitată. Pot ajunge să fie diagnosticați drept schizoizi, schizo-afectivi sau depresivi cronic, dar, de fapt, ei au început să prezinte semnalmente de acest tip abia în urma prăbușirii. Sunt de părere că există mulți oameni care se caracterizează prin tabloul unei tulburări de personalitate cronice când, în fapt, și-au petrecut luni în șir într-o stare de nevoie disperată. Aceea a fost perioada în care s-au manifestat problemele lor fundamentale, dar nu au avut parte de niciun tratament eficace. Din punctul meu de vedere, aceasta constituie o tragedie la scală extrem de mare, cu atât mai mult cu cât a trecut în general neobservată.

La sfârșitul anilor '80, am mers cu un pas mai departe în extinderea psihanalizei. Pe baza gravității nevoilor unui pacient, i-am oferit ședințe care se prelungeau pe toată durata zilei. Oricât de radicală ar putea părea această schimbare de metodă,

la acel moment, decizia mi-a părut una naturală, în lumina severității prăbușirii psihice iminente a pacientului.

Nu știam de la început câtă vreme vor continua întâlnirile noastre în acest ritm, dar s-a dovedit a fi pentru o perioadă de trei zile, de la nouă dimineața la șase după-amiaza.

Câțiva ani mai târziu, s-a ivit o situație similară, de data aceasta în privința unui pacient pe care îl vedeam în cadrul unei psihoterapii de o ședință pe săptămână. Din nou, i-am oferit ședințe pe tot parcursul zilei și, din nou, ne-am văzut așa timp de trei zile, și s-a dovedit ca la fel să se întâmple cu fiecare situație ulterioară. Întrucât acum lucrez patru zile pe săptămână, am reușit, cu o unică excepție, să îi primesc pe acești analizanzi vinerea, sâmbăta și duminica, revenind la programul obișnuit de la începutul săptămânii următoare. În toate aceste situații, persoana a revenit apoi la zilele și orele inițiale ale ședințelor.

A fost uimitor să descopăr că, în plus față de soluționarea crizei acute a pacientului, ședințele din cele trei zile păreau să scurteze în mod substanțial analiza ulterioară. Fiecare pacient care a trecut printr-o asemenea prăbușire a continuat să lucreze cu mine pentru încă douăsprezece sau cincisprezece luni, dar nu mai mult decât atât. Aceste luni rămase au avut funcția unor perioade de perlaborare, conducând către încheiere și, din câte știu, niciuna dintre aceste persoane nu s-a mai adresat apoi unei alte analize sau psihoterapii.

Încă de la început, am avut convingerea că aceste prăbușiri dețineau un potențial generator. Știam din munca mea cu pacienți schizofrenici și maniaco-depresivi că internările avuseseră un efect devastator și nu voiam să-mi pierd pacienții în favoarea spitalelor și a medicației anesteziante. Știam că exact

aceasta era perioada în care persoana avea cea mai mare nevoie de ajutor analitic.

Este important de precizat că lucrasem cu un număr de pacienți non-psihotici, în analize de cinci ședințe pe săptămână, care — realizez acum, retroactiv — se aflau în stadiile de început ale unei prăbușiri psihice. Sfârșiturile de săptămână deveneau intolerabile; pe măsură ce se apropia ziua de vineri, analizandul intra în retragere și rămânea încă traumatizat timp de o zi sau două, la începutul săptămânii următoare. (Îi denumisem pe aceștia „analizanzii de miercuri”, pentru că aceasta era ziua când își reveneau de pe urma pauzei.) Astfel de situații se derulau timp de luni întregi, înainte ca durerea să slăbească, iar pacientul să parcurgă o metamorfoză care-l aducea într-o altă stare. În retrospectivă, am sentimentul că probabil am eșuat în ce-i privește, prin faptul că nu le-am oferit ședințe extinse.

Odată cu trecerea timpului, experiența acumulată îmi spunea că procesul psihanalitic era, în sine, atât de eficient, încât *ar trebui* să-i permitem să se modifice în cazul unei persoane aflate la marginea prăpastiei, fie prin ședințe extinse, fie prin sporirea frecvenței fie, ocazional, prin ședințe pe toată durata zilei. Consideram că experiența analitică însăși funcționează ca un al treilea obiect, care ar putea reprezenta motorul transformării.

Desigur, nimeni altul decât însuși Freud a susținut că unii analizanzi necesitau ședințe extinse atunci când nevoile clinice ale acestora nu puteau fi îndeplinite în ședințele lor obișnuite, iar în cadrul societății britanice există un lung și complex istoric de conducere a unor oameni tulburați într-o analiză profund regresivă. Pentru Michael Balint, aceasta însemna atingerea ariei „defectului fundamental”; pentru D.W. Winnicott, obiectivul era de a ajunge la „miezul” sinelui, prin abandonarea apărărilor sinelui fals.

Mai mult decât oricare alt analist din Marea Britanie, Winnicott a experimentat metoda şedinţelor extinse, în cadrul cărora îşi încuraja analizanzii să regreseze, iar acest fapt era unul cât se poate de cunoscut la acea perioadă. El şi analizandul puteau chiar să stabilească, cu câteva luni mai devreme, când va putea să-i pună aceste şedinţe la dispoziţie, ceea ce îl ajuta pe pacient să amâne prăbuşirea. Voi indica mai târziu punctele în care nu sunt de acord cu utilizarea regresiei de către Winnicott, dar nu aş fi putut imagina o asemenea manieră de lucru precum cea pe care am ales-o în absenţa acestei tradiţii, care exista în societatea britanică de mai bine de 25 de ani.

În plus, fusese realizată o muncă de pionierat de către R.D. Laing, Cooper şi Esterson la Kingsley Hall şi, mai târziu, de către Joseph Berke şi alţii la Arbours. Atât Asociaţia din Philadelphia, cât şi cei de la Arbours au pus la dispoziţie instituţii dedicate tratamentului unor persoane grav bolnave timp de peste 30 de ani şi continuă să o facă şi în ziua de azi.

Mandatul de a scrie această carte descinde din două surse. Prima dintre acestea este opinia mea că psihanaliza constituie forma cea mai potrivită de tratament pentru pacienţii care trec printr-o prăbuşire psihică. Deşi am fost învăţaţi mai degrabă că aceasta este eficientă în principal la pacienţii psihonevrotici sau care deţin un nivel înalt de funcţionare, de fapt mulţi psihanalişti lucrează cu analizanzi sever tulburaţi sau psihotici, iar experienţa le-a arătat că travaliul de interpretare care vizează nucleul suferinţei unei persoane poate avea un impact profund transformator. Într-adevăr, exact atunci când pacienţii îşi ating maximul de vulnerabilitate — şi în mod deosebit în cazul unei prăbuşiri psihice —, aceştia devin de obicei disponibili la a fi ajutaţi şi la dezvoltarea capacităţii de insight cu privire la propria persoană.

Al doilea motiv din spatele scrierii acestei cărți s-a născut din reacțiile pe care le-am stârnit de-a lungul anilor prezentând această metodă de lucru unor grupuri de psihanalisti. În cazul prezentărilor formale de grup, răspunsul a fost aproape unanim unul de dezaprobare. Argumentele cel mai des întâlnite au fost că încalcă regulile de cadru, că este seductivă, gratificantă pentru analizand sau că ar constitui o punere în scenă în cadrul transferului și al contratransferului care eludează analiza.

Au fost exprimate motive de îngrijorare cu privire la calitatea profesională și etică a psihanalizei extinse, precum și sugestii referitoare la probabilitatea opoziției față de un astfel de tratament intensificat din partea profesiilor asociate (psihiatria, psihologia etc.). S-a adus și argumentul că, din cauza neutilizării imediate a unei intervenții psihotrope sau a spitalizării analizandului, suferința persoanei se va prelungi. În fapt, deși este adevărat că cei cărora li s-a pus la dispoziție o analiză extinsă suplimentară au trecut printr-o mare suferință la acel moment, odată ce criza a trecut, suferința le-a fost extrem de mult diminuată.

Știam, atât din propria-mi practică, dar și din ascultarea multor prezentări de caz, că analiștii care se limitau la modelul analizei de cinci ședințe pe săptămână nu numai că prelungeau în mod necugetat suferința analizanzilor, ci contribuiau la închistarea prăbușirii. În aceste cazuri, avea loc un colaps, dar în loc ca acesta să conducă înspre o reînnoire a sinelui, rămânea o oportunitate irosită. Analiza putea apoi să continue, adesea timp de mulți ani, fără să se parcurgă nicio schimbare transformatoare și, mult prea frecvent, destinul analizandului nu era decât a deveni un alt sine fisurat.

O reacție foarte diferită, pe care nu o întâlneam de obicei în cadrele formale, ci părea una comună în cadrul discuțiilor în

grupuri clinice restrânse, era: „Și ce e nou în asta? N-o facem cu toții?” Într-adevăr, analiștii aduceau în discuție travaliu de o manieră aparent similară, în care le oferiseră pacienților ședințe suplimentare.

Deși, în mod evident, găseam acest răspuns ca fiind mai încurajator, rămâneam deseori cu senzația că un acord atât de rapid oferit tindea să împiedice examinarea mai detaliată a acestei chestiuni. Am menționat deja că, în majoritatea cazurilor în care un analist le oferise ședințe suplimentare celor care parcurgeau o prăbușire, o făcea cu sentimente ambivalente, le punea la dispoziție cu prea multă ezitare, prea târziu, iar suplimentările erau prea puține. Cu toate acestea, faptul că mulți psihanalisti și psihoterapeuți psihanalitici se simt obligați să ofere ședințe extra în perioadele de criză implică o recunoaștere a faptului că intensificarea analizei constituie o conduită legitimă și, într-un anumit sens, metoda pe care o descriu aici doar consolidează această idee ca fiind una ce ține de o judecată sănătoasă.

Trecerea de la adăugarea câtorva ședințe suplimentare la oferirea a două ședințe pe zi, șapte zile pe săptămână, și, în mod special, lucrul cu un pacient pe toată durata zilei, duce cu siguranță lucrurile cu un pas mai departe. Așadar, consider că teoria și practica proprii necesită mult mai multe explicații, astfel că, încurajat fiind de colegi, am luat hotărârea de a pune pe hârtie și de a publica prelegerile pe care le-am susținut pe acest subiect, pentru ca descoperirile mele să ajungă în atenția publicului și să devină o temă de gândire.

Din când în când, voi face referire la diferențele dintre tratamentele american și britanic al persoanelor care parcurg o prăbușire psihică, iar adevărul este că există o diferență enormă între aceste două culturi, din perspectiva spectrului creativității.

Clinicienii americani trebuie să se lupte cu mult mai multe intruziuni în practica lor decât cei britanici sau europeni, deși cunosc personal un număr de psihanaliști americani care au avut îndrăzneala de a lucra cu pacienții lor în ciuda stricteții profesionale, normative și legale.

În Europa, clinicienii sunt mai liberi să se bazeze pe propria judecată pornind de la considerații pur clinice, astfel fiind mai puțin determinați să-și adapteze lucrul la responsabilitățile normative. În consecință, aceștia se află într-o poziție mai bună de a însoți pe cineva care trece printr-o prăbușire psihică decât sunt colegii lor americani. Din nefericire, în Marea Britanie a zilelor noastre, canoanele „bazate pe dovezi” amenință să conducă la desfășurarea psihanalizei „după manual”, dar, cel puțin până acum, analiștii europeni au fost relativ feriți de intervenția statului.

Din acest punct de vedere, cartea de față reprezintă o mărturie cu privire la trecut. Dacă poate fi relevantă și pentru viitor depinde de succesul psihanalizei și al terapiilor de a convinge statul să nu încerce să dicteze practicile terapeutice.

Chiar și ținând cont de mai marea deschidere a atitudinii europene față de tratamentul prăbușirilor psihice, nu am scris până acum despre metoda mea de lucru prin extinderea psihanalizei. Așa cum am spus anterior, cu prima ocazie când am experimentat această abordare, am presupus că va constitui o experiență singulară, improbabil de a mai surveni vreodată pe parcursul carierei mele. De abia cu timpul mi-am dat seama că în modul meu curent de a lucra a pătruns o dimensiune clinică diferită și că ar trebui să îi acord atenție.

La început, nu prea eram încrezător în analiza extinsă. Nu exista niciun precedent real pentru aceasta într-o asemenea

formă și aveam îndoieli dacă acest tip de lucru se va dovedi cu adevărat mutativ sau dacă reprezenta doar o formă de *cură transferențială*.

De asemenea, nu voiam să devin cunoscut în Londra ca vreun soi de „analist care împinge la regresie”, care să fie recomandat de colegi unor pacienți cu scopul precis al unui astfel de travaliu. Așa cum voi arăta, cei care caută în mod *conștient* prăbușirea psihică drept un eveniment dorit, sunt, din punctul meu de vedere, cel mai puțin predispuși la a beneficia de pe urma acestui travaliu extins. În plus, nu voiam ca pacienții mei să știe că lucrez în această manieră întrucât, pentru unii dintre aceștia, ar fi părut prea special, prea ispititor. În aceste circumstanțe, nu încape îndoială că ar fi provocat confuzii transferențiale și ar fi interferat cu analizele lor.

Pentru o vreme îndelungată, nu am discutat această metodă cu niciunul dintre colegii mei. La început, nu vedeam nicio necesitate de a face acest lucru; părea să fie vorba de evenimente izolate, pe care le gestionam pur și simplu adaptându-mă eu la ele. Mai târziu însă, pe măsură ce deveneam conștient de emergența unui mod de lucru diferit, am fost reticent în a prezenta ceea ce știam că ar fi tratat drept controversat. Sarcina clinică îmi părea captivantă și provocatoare și era percepută cumva ca foarte privată de echipa cu care colaborez. Medicilor, psihiatrilor, asistenților sociali și altora le era clar că ne angajăm într-o extensie a analizei, iar travaliul de reflecție părea a fi cel mai bine să-l parcurgem între noi.

Având toate aceste rezerve în minte, numai spre sfârșitul anilor '90 am simțit că acumulasem îndeajuns de multă experiență în această arie încât să mă pot aventura în a prezenta metoda în fața unui grup de colegi. Am vorbit pentru prima oară despre

aceasta în cadrul Seminarului pentru Candidați la Psihanaliză de la Universitatea Columbia, condus de regretata Helen Myers. Reacția a fost una de respectuoasă surprindere, o doză de șoc, dar și de un real interes. Chiar și așa, au mai trecut încă zece ani până să o prezint din nou, în cadrul unei serii de prelegeri: la Atelierul de Psihanaliză din Chicago; la Conferința Anuală de la Arild, din Suedia; și, în cele din urmă, în 2010, în cadrul Seriei de Prelegeri „Franz Alexander” de la New Center for Psychoanalysis, în Los Angeles.

Această carte constituie atât o prezentare a dimensiunilor clinice implicate în acest mod de lucru, cât și o punere în discuție a considerațiilor teoretice. Trasează traiectoria adaptării mele la aceste realități clinice într-o asemenea manieră încât, sper, cititorul va înțelege logica dezvoltării tehnicii și implicațiile acesteia în privința practicii și a studiului ulterior. Am încercat să indic unde am comis erori de judecată și ce am învățat de pe urma comiterii lor. Nu am de unde să știu câți alți analiști au urmat o cale similară, dar poate că această carte va servi ca un spațiu de întâlnire pentru aceia care au abordat o analiză extinsă în momente de criză.

Le sunt recunoscător tuturor acelor care au adus comentarii pe marginea acestor prezentări și care, în diverse maniere, mai fățișe sau mai subtile, m-au încurajat să perseverez cu scrierea acestei cărți. Sunt pe deplin conștient că ceea ce conține va ridica multe întrebări în mintea cititorului. Sacha Bollas a colaționat întrebările primite mai frecvent de-a lungul anilor, acestea fiind prezentate în ultimul capitol, sub forma unui interviu.

Îi rămân în mod deosebit îndatorat regretatului Otto Will Jr., care a deținut timp de mulți ani funcția de director medical și, în

sine, de director emerit al Centrului Austen Riggs³. În perioada în care eu dețineam acolo funcția de director în educație, la mijlocul anilor '80, acesta făcea vizite de câteva săptămâni și aflasem că cerea întotdeauna să fie anunțat atunci când unul dintre pacienții săi psihotici suferea o prăbușire psihică. În aceste ocazii, mergea la „Hanul” în care erau internați pacienții și petrecea multe ore cu cel aflat în suferință acută. Refuza să apeleze la medicație sau la transferul pacientului într-o secție de supraveghere; treceau prin criză împreună. L-am întâlnit de câteva ori și am discutat cu el metoda pe care o aplicam la Londra. A înțeles imediat complicațiile clinice cu care mă confruntam și mi-a oferit foarte multe încurajări. Cu toate acestea, m-a avertizat că nu ar trebui niciodată să mă aștept la înțelegere din partea colegilor mei, cu atât mai puțin la o aprobare a deviațiilor de la cadrul clasic. Chiar dacă așa va fi să fie și indiferent de consecințele publicării acestei cărți, îi sunt foarte recunoscător pentru ascultarea și sprijinul pe care mi le-a oferit în explorările mele.

De asemenea, le datorez mulțumiri colegilor mei din domeniul psihanalizei: dr. Arne Jemstedt, pentru parcurgerea atentă a acestui text, și lui Sarah Nettleton, pentru meticuloasa sa muncă de redactare. Nu în cele din urmă însă, doresc să subliniez faptul că perspectivele exprimate aici îmi aparțin întru totul.

³ Centrul Austen Riggs este un spital de psihiatrie, fondat în 1913, aflat în Stockbridge, Massachusetts, SUA. Christopher Bollas a deținut funcția de director în educație în perioada 1985–1988. Dr. Otto Allen Will a fost directorul medical al instituției din 1967 până la pensionarea sa din 1978, dar a continuat să facă parte din Consiliul spitalului până la moartea sa, în 1993; a rămas cunoscut pentru o nouă perspectivă asupra înțelegerii problemelor timpurii de atașament și a vulnerabilității psihotice, precum și pentru crearea de relații terapeutice de lungă durată, intensive, cu pacienții psihotici. (N.t.)

Sinele fisurat

De-a lungul timpului, psihiatrii, psihanalisti, psihologii, precum și toți aceia care lucrează în domeniul sănătății mentale au dezvoltat o clasificare care identifică indivizii în funcție de tipurile de tulburare. Deși există o presiune de a adopta utilizarea unui manual unic pentru toate profesiile — *DSM IV sau 5* —, psihanaliza se folosește de propriile diagnostice clasice: isteric, obsesional, schizoid, depresiv ș.a.m.d.

Presupunerea subiacentă este că o persoană poate fi fundamental definită conform unui tip specific de personalitate; că aceasta a fost așa de la bun început, că destinul dezvoltării sale psihice a fost determinat de o combinație dintre structura psihică înăscută și acele axiome care s-au dezvoltat în timpul vieții timpurii. Iar în multe cazuri, toate acestea sunt adevărate. Totuși, analiștii descoperă adesea că, odată ce au ajuns să-și cunoască mai bine pacientul, diagnosticul inițial de tulburare isterică sau schizoidă pare să aibă o valoare limitată. Pe măsură ce analiza avansează și dată fiind eficacitatea terapeutică intrinsecă a procesului analitic, o tulburare unică ia forma unui tablou psihodinamic complex. Wilhelm Reich a fost cel care a descris maniera în care tulburările de personalitate sunt asemenea unor puzzle-uri înghețate care, fiind supuse analizei, se reanimează.

„Armura caracterială” construită de persoană se dizolvă sub efectul interpretării psihanalitice complexe.

Cu alte cuvinte, dacă o persoană și-a format personalitatea treptat, pe parcursul unei lungi perioade de timp, atunci, în analiză, apărările și pozițiile caracteriale ale acesteia pot fi analizate și transformate. Nu este vorba de vreun miracol. Este vorba despre un travaliu îndelungat și dificil, care poate avea ca rezultat varii forme de succes — și de eșec.

Abia recent am realizat că îmi scăpase, în cadrul propriei munci, ceva destul de evident. Uneori, atunci când un pacient nou mi se prezintă ca, spre exemplu, schizoid sau depresiv, ceea ce observ de fapt este că pare că acelei persoane i s-a întâmplat ceva; pare să fie un sine fisurat. Prin *sine fisurat*, nu mă refer la un diagnostic specific, nici nu sugerez o nouă categorie patologică. Intenția din spatele acestui termen este de a fi aplicat unui spectru vast de oameni, incluzându-i pe aceia pe care i-am considera „normali”. Singurul numitor comun al acestora este că au suferit o prăbușire psihică, adesea la începutul vieții adulte, pe parcursul căreia nu li s-a oferit o îngrijire terapeutică adecvată. Indiferent de chinurile din copilăria lor ori de slăbiciunile inerente ale Eului lor sau ale structurii lor psihice, această prăbușire psihică din viața adultă a fost cea care a lăsat o cicatrice distinctivă asupra ființei lor.

În timp, supervizând multe cazuri, în diferite locuri din lume, am descoperit în ce maniere se diferențiau acești oameni de aceia caracterizați de tulburările de personalitate tradiționale. Aceia care suferiseră anterior o prăbușire psihică — și care se poate să fi fost predispuși la una, pe baza unor tipare schizoide, depresive, isterice sau obsesionale — prezintă o provocare mai mare pentru clinicieni decât restul pacienților.

De-a lungul vremii, mi-a părut că anumiți pacienți, care, în general, începuseră o terapie după vârsta de 30 sau 40 de ani, nu puteau răspunde la terapia analitică (și nici la altceva), întrucât pur și simplu renunțaseră la viață. Aceștia erau lipsiți de acel soi de organizare mafiotă în cadrul sinelui, de tipul celei atât de abil descrise de Rosenfeld; nu trădau o astfel de funcționare.⁴ Terapeuții descriau travalii de ani de zile cu astfel de persoane, care nu aveau nicio finalitate, alta decât ocazionale expresii de recunoștință. În majoritatea cazurilor, pacienții funcționau mult sub capacitatea lor, având perioade intermitente de șomaj sau ocupând poziții aflate sub nivelul realizărilor academice. De obicei, analistul sau terapeutul prezenta persoana respectivă în supervizare pentru că, din punct de vedere contratransferențial, ajungea în pragul disperării. Nu vedea întâmplându-se nimic constructiv și pune la îndoială sensul continuării travaliului.

Treptat, am ajuns să constat că exista un tipar care se regăsea la toți acești oameni: foarte mulți dintre ei trecuseră anterior printr-o prăbușire psihică non-psihotică.

Unele dintre acestea pot fi precipitate de traume externe. Prăbușirea poate să aibă loc în anii de studii universitare și să treacă neobservată în tumultul de circumstanțe agitate care însoțesc viața în acel mediu. Sau, în urma absolvirii, atunci când persoana s-ar aștepta să se angajeze, ea ar putea să se confrunte cu o serie de respingeri și, în urma unui efort de a răzbate prin viață, să sufere un colaps. Sau poate că o relație care a durat de-a lungul anilor de studenție se încheie brusc, lăsând persoana abandonată, cu un sentiment profund de gol interior și incapabilă să-și revină în urma pierderii. Ori, poate, un părinte, un

⁴ Vezi Rosenfeld, Herbert (1987). *Impasse and Interpretation*. London: Routledge. (N.a.)

frate sau un prieten apropiat moare, conducând la o suferință de doliu de netrecut.

Cu toate acestea, de cele mai multe ori, evenimentul precipitator este un fapt atât de subtil și aparent inofensiv — respingerea unui card de credit, o amendă pentru parcare neregulamentară, un comentariu neplăcut făcut de un străin — încât numai prin analizarea elaborată a semnificației *inconștiente* a evenimentului poate fi înțeles efectul toxic al acestuia.

Oricare ar fi cauza instalării crizei, cei dimprejur nu reușesc să satisfacă în mod adecvat nevoile persoanei, pe durata prăbușirii psihice. Dacă persoana se află în terapie, este posibil să nu își poată permite o creștere a numărului de ședințe sau ca terapeutul anxios să îi recomande imediat un tratament medicamentos, managementul anxietății sau terapie de grup. Mult prea frecvent, acestea sunt urmate de o perioadă de spitalizare, odată ce criza pacientului se intensifică.

În acest punct, prăbușirea se structuralizează. Personalitatea se reformează în jurul efectelor colapsului, reorganizând sinele în așa fel încât să funcționeze și să supraviețuiască în circumstanțe semnificativ reduse. Astfel, se constituie precursorul unei existențe ulterioare sărăcite.

Această restructurare a vieții psihice reflectă alterarea axiomei conform căreia persoana și-a trăit până acum viața. Odată cu o prăbușire psihică de această intensitate, are loc o fărâmițare a unuia dintre postulatele fundamentale inculcate de o copilărie îndeajuns de bună; acela că, atunci când vom avea nevoie, vom primi ajutor. Locul acestuia este luat de varii alte postulate:

Cel mai bine este să nu cauți ajutorul nimănui.

Dacă sunt vulnerabil, trebuie să îmi elimin sentimentele.

Numai o poziție de retragere poate conferi siguranță.

Trebuie să dezinvestesc lumea obiectuală și să abandonez relația cu realitatea.

Voi renunța la ambiții, planuri, speranțe și dorințe.

Trebuie să găsesc oameni care se află într-o situație similară și să trăiesc într-o societate nouă, în care fiecare persoană este un sine fisurat.

O persoană al cărei sine a fost fisurat este, în mod caracteristic, indiferentă față de propria viață. Acești indivizi sunt pasivi și resemnați față de situația lor. Prin faptul că au dezinvestit lumea obiectelor, am putea presupune că s-au supus pulsiiunii de moarte, dar lor le lipsește forța necesară pentru ură, invidie, denigrare sau cinism, atât de des întâlnită la caracterele care trăiesc în iadul pulsiiunii de moarte. Indiferența lor poate fi însoțită de planuri nerealiste — scrierea unui roman, o carieră antreprenorială —, dar nu este întreprinsă nicio acțiune înspre o realizare în domeniul visurilor. În schimb, aceste planuri funcționează ca proiecții ale sinelui fisurat: visuri fisurate care exemplifică imposibilitatea succesului.

Afectul persoanei fisurate este semnificativ redus. Se întâmplă rar ca acești indivizi să prezinte emoții, iar evenimentele de viață nu sunt trăite cu furie, anxietate sau euforie. În schimb, se mențin la o distanță sigură de schimbările de dispoziție; nimic nu merită efortul.

Aceștia se pot identifica uneori cu celebrități pe care le privesc ca trecând printr-o perioadă de criză din cauza unui eveniment transformator din viețile lor. Un asemenea interes este semnificativ, întrucât se distinge limpede în cadrul unei mentalități necaracterizate de niciun alt interes față de politică,

aspecte culturale sau ecologice, și nici de diete, sport sau orice altceva legat de sănătatea proprie. Celebritatea decăzută pare să constituie o reflexie a propriei catastrofe personale.

Aceste persoane dețin însă un sine ideal ascuns. Unul care continuă să existe în cadrul visurilor nerealiste de succes, dar funcționează și ca un însoțitor imaginar defensiv, ca și cum persoana încearcă să se agațe în continuare de aspecte ale sinelui care existaseră înainte de prăbușirea psihică. Winnicott ar putea sugera că sinele fals protejează rămășițele sinelui adevărat. Totuși, eu cred că acest sine ascuns este o fantomă; un trist memento a ceea ce crezuse persoana că ar putea deveni. Psihoterapeuții și analiștii care lucrează cu cineva al cărui sine a fost fisurat se pot simți iritați de această relație de obiect cu sinele ideal și cu așteptările grandioase, nerealiste ale acestuia. Impulsurile ocazionale înspre realizare — cumpărarea unei cărți despre cum se scrie un roman sau căutările de idei de afaceri pe internet — nu sunt niciodată susținute pe o perioadă lungă. Și este important de menționat că astfel de visuri nu sunt însoțite de entuziasm, ci sunt prezentate ca și cum ar putea fi realizate cu ușurință.

Atunci când terapeutul face o interpretare, există o serie de răspunsuri tipice. Frecvent, pacientul nu răspunde, rămâne în tăcere pentru o vreme, iar apoi continuă să vorbească, ca și cum nimic nu s-ar fi spus. Dacă este confruntat, poate răspunde cu „nu știu” sau „poate”, dând puține dovezi de introspecție. În schimb, continuă să vorbească despre cineva prea exigent de la serviciu sau despre planurile de vacanță, pe care nu este sigur unde s-o petreacă. Acești pacienți transmit o durere psihică de nivel scăzut, o disperare depresivă silențioasă, dar nu prezintă niciun interes față de posibila semnificație a acestora. Este vorba doar de evacuare.

Deși pacientul rămâne detașat de terapeut din multe puncte de vedere, el este loial „terapiiei” sau „analizei”. Am ajuns să înțeleg acest fapt ca pe un semn al temerii că va suferi o nouă prăbușire psihică și, în consecință, este necesar să aibă o conexiune cu un terapeut, ca o poliță de asigurare în cazul unei traume viitoare. Această categorie de pacienți formează un tip de transfer neutru față de clinician, unul care exprimă restructurarea negativă a acestora, iar analiștii simt că nimic nu se mișcă și că nu ajung nicăieri.

Aproape toți clinicienii cu care am discutat despre acești indivizi susțin că este vorba despre o formă de atașament față de un altul non-uman și se folosesc de expresii de tipul „enclavă autistă”, „Asperger” sau „retragere psihică”. Suspectez că diagnosticarea din ce în ce mai frecventă cu „Asperger ușor” poate include unele persoane care au dobândit aceste trăsături numai în urma unei prăbușiri psihice, care a dat o nouă formă structurii lor mentale.

Un motiv comun pentru care rezultatul unei asemenea prăbușiri este fisurarea sinelui este utilizarea intervenției psihotrope. Deși medicația de acest tip poate ajuta la calmarea persoanei în situația imediată, ingestia unor astfel de substanțe neagă semnificația. Descoperirea motivului inconștient din spatele colapsului și oportunitatea pentru înțelegerea, conștientizarea și tolerarea acestuia în cadrul unei situații umane și terapeutice îi sunt negate respectivei persoane. Se poate ca pacientul să revină la consulturi medicale pentru a i se prelungi rețeta, se poate să fie văzut de un psihiatru o dată la câteva săptămâni, dar tot ce rezultă din acestea este închistarea prăbușirii structuralizate și asigurarea, pe neștiute, a permanentizării acesteia.

Mulți „pacienți permanenți” — persoane care caută în mod constant diferite forme de terapie — poartă cicatricile prăbușirii

pe durata întregii lor vieți. Ei pot da impresia că sunt depresivi, că au dificultăți relaționale, probleme de motivație și că prezintă un interes în general lipsit de intensitate față de utilizarea culturală a obiectului. Atunci când se adresează unui terapeut, sunt adesea însoțiți de convingerea că este prea târziu să mai primească ajutor sau pot veni cu cereri nerealiste ca terapia să funcționeze rapid, dezamăgirea ulterioară făcându-i să abandoneze tratamentul sau să se mute de la un terapeut la altul, caz în care cicatricile prăbușirii psihice sunt proiectate asupra clinicienilor abandonați, cărora le provoacă o experiență intensă de a fi părăsit de celălalt, lăsat să-și continue viața, rămânând cu un sine rănit.

Când am realizat câți oameni se includ în categoria unui sine fisurat, m-am întrebat dacă și când se întâmplase acest lucru și în propria mea practică. Mi-au apărut în minte câteva persoane.

Tim se adresase unei clinici în care lucram, în urma despărțirii de iubita sa. Era profund nefericit și extrem de afectat, aflându-se de câteva săptămâni în concediu medical. Era însă un pacient foarte cooperant, care a avut încredere să-mi împărtășească sentimentele și criza existențială prin care trecea și aveam motive să credem că își va reveni din prăbușire. Am avut prilejul să îi cresc numărul de ședințe, ceea ce nu am făcut, și, în plus, am părăsit clinica la aproximativ un an după ce ne începuserăm trivaliul. Am aflat mai târziu de la colegi că el continuase să meargă la clinică timp de câteva luni după plecarea mea, după care nu mai revenise.

Șapte ani mai târziu, am primit un telefon din senin. Tim dorea să îmi facă o vizită. Nu voia să reia terapia; voia doar să ne întâlnim. Bărbatul cu care m-am văzut era o ființă umană prăbușită. Deși avea un loc de muncă și avea o relație

superficială cu o femeie, semnele de viață pe care le distinsesem la el în urmă cu câțiva ani dispăruseră cu desăvârșire.

Îmi vine în minte și Lila, o femeie trecută puțin de 30 de ani, care mi s-a adresat pentru o analiză de cinci ședințe pe săptămână. Am lucrat cu ea timp de patru ani, înainte de a se muta într-o altă țară. Mi-a rămas întipărită în amintire o perioadă de câteva luni din al doilea an de analiză. În general o femeie cu un discurs clar și reflectiv, deodată devenise neobișnuit de agitată și nu putea să dea o formă verbală experiențelor sale interne. Știam că trecea printr-o perioadă dificilă, dar m-am menținut la ritmul nostru de cinci ședințe pe săptămână. Am foarte puține îndoieli acum că avea loc o prăbușire psihică și că, dacă i-aș fi oferit ședințe suplimentare, ar fi putut fi ajutată, iar viața i s-ar fi schimbat. La acel moment, pur și simplu nu mi-a trecut prin minte să fac acest lucru.

Însă pe la începutul anilor '80, eram hotărât să îmi schimb metoda de lucru cu oamenii aflați în pragul unei prăbușiri psihice. Nu am asociat în mod conștient acest fapt cu Tim, Lila sau alți pacienți anteriori, dar, inconștient, trebuie să fi realizat că eșuasem în privința lor și că mai era nevoie și de altceva.

Semne ale prăbușirii psihice

Travaliul psihanalitic se bazează în egală măsură pe maniera în care analistul îl *primește* pe analizand și pe ceea ce îi spune acestuia.

Dacă analistul lucrează cu un pacient de un an sau mai mult, a început să internalizeze forma sa de personalitate. Ar fi greu să definim acest proces, dar gândiți-vă cum, după ce am ascultat o bună vreme muzica unui anumit compozitor, începem să simțim în noi înșine forma personalității muzicale a acestuia. Inconștientul nostru primește, organizează și recunoaște *tipare*, iar aceste tipare constituie forma pe care ar putea-o lua orice conținut, fie că este vorba de o idee muzicală, exprimată prin tiparul unei anumite armonii și al unui limbaj melodic, fie de ideea unui poet, care ia o formă în ritmul sintaxei caracteristice a acestuia, ce modelează secvența de imagini.

Psihanaliștii sunt formați în așa fel încât să fie „impresionabili” — un termen pe care Freud l-a utilizat de multe ori pentru a descrie maniera în care analistul îl percepe pe analizand. Analistii permit ca felul de a fi și de a relaționa al unei persoane să-i afecteze. Ei trebuie să fie pe cât de deschiși posibil la acest fapt și, chiar dacă se poate să înceapă să observe tipare încă de

la început, trebuie să-și suspende impresiile timpurii, pentru a continua să fie deschiși la forma caracterială a persoanei.

Atunci când inconștientul analistului comunică cu inconștientul pacientului, transmițându-i că este astfel deschis la comunicarea formei personalității sale, pacientul va deveni mai expresiv, adesea mai dificil și cu siguranță mai specific în ce privește eliberarea idiomurilor personale de a fi și de a relaționa, iar, în timp, psihanalistul va începe să simtă în el însuși forma pacientului. Întocmai cum putem să evocăm senzația de Mozart în planul nostru conștient, chiar și când nu-i ascultăm muzica, cunoaștem senzația multiplelor impresii create de impactul pacientului.

Cu toate acestea, tipul de receptivitate presupus aici nu este unul caracteristic nici psihanalistilor care consideră că este obligatorie interpretarea constantă a transferului în aici-și-acum și nici celor care intră într-un dialog cu analizandul, oferind răspunsul personal al analistului la ceea ce s-a spus. Ambele abordări menționate descriu un tip de analiză foarte diferit de cea bazată pe principiile neoclasice, motiv pentru care doresc să subliniez faptul că înțelegerea acestei cărți și, cu certitudine, planuirea utilizării ideilor prezentate aici vor fi deosebit de problematice pentru clinicienii care lucrează în oricare dintre aceste două maniere.

Aceasta nu înseamnă că analiștii înscriși în acele tradiții nu dețin strategii de lucru cu pacienții aflați în criză, dar propria mea practică în cadrul tradiției freudiene este centrată pe premisa fundamentală conform căreia analistul trebuie să se mențină în tăcere și retragere pentru lungi perioade de timp, pentru ca asociațiilor libere și mișcărilor personalității ale analizandului să li se ofere suficientă libertate de exprimare. Dacă psihanalistii intervin în mod activ, atunci aceste asociații nu-și

vor stabili tiparele de semnificație, iar personalitatea pacientului va fi absorbită de construcția transferului elaborată de analist, ca obiect de elecție al atenției.

În contextul clasicismului neofreudian, psihanalistul se angajează într-o abilitate negativă; acesta își suspendă propriile vederi și răspunsuri imediate, cu scopul facilitării stabilirii graduale a idiomului personal al analizandului. În cadrul acestui context interformal, dacă analizandul introduce în mod inconștient o nuanță diferită față de idiomul său personal, aceasta va fi înregistrată de analist.⁵ Inițial, înregistrarea va fi una subliminală, dar pe măsură ce se repetă în timp, diferența se va impune ca reprezentând un tipar, iar acest fapt va crea o anume anxietate semnal a analistului, ca și cum un mic fragment de Brahms ar apărea în mijlocul unei sonate de Mozart.

În continuare, să ne gândim la formele de prăbușire psihică cu care se poate confrunta psihanalistul. Simplificând într-o oarecare măsură, există două tipuri fundamentale diferite: unul în care analizandul prezintă semne de avertizare — indicii că se află aproape de un colaps; și un altul, care este acut și nu este precedat de vreun indiciu.

Să luăm primul tip. Să presupunem deocamdată că, încă de la început, pacientul a fost vulnerabil, iar analistul este pe deplin conștient că este posibilă o prăbușire psihică. Procesul analitic în sine și în mod deosebit invitația la evocare creată de experiența transferențială vor provoca o slăbire a apărărilor obișnuite ale sinelui. Se poate să existe o perioadă de tranziție, în care vechiul sine cedează progresiv prăbușirii, iar aceasta ar putea dura zile sau săptămâni. Inițial, persoana pare derutată, ca și cum ar ști

⁵ Vezi Bollas, Christopher (2011). „Character and interformality”, în Bollas, Christopher, *The Christopher Bollas Reader*. London: Routledge, pp. 238–248. (N.a.)

că se întâmplă ceva, dar nu poate identifica ce anume. Poate, de asemenea, exista o etapă disociativă temporară, în care persoana se situează oarecum în afara sinelui, într-o stare de derealizare, sau una în care își observă sinele de la o distanță psihică. Are loc o intensificare a sentimentului de neajutorare, pe măsură ce sarcini simple — răspunsul la scrisori, alimentarea mașinii, spălatul rufelor — par din ce în ce mai imposibile.

Unul dintre cele mai comune semne timpurii ale prăbușirii psihice este o încetinire a tiparelor discursive obișnuite. Majoritatea analizanzilor sunt uneori șovăitori sau tăcuți ori dau impresia că se îndoiesc de ceea ce spun, dar ceea ce este caracteristic pentru o prăbușire psihică este un alt tip de ezitare, în cazul căreia încetarea vorbirii poate fi un rezultat al intruziunii unei idei bizare sau al emergenței unor sentimente intense, dar neclare, a unei slăbiri a Eului sau al primelor valuri ale unui *après-coup* (o acțiune întârziată). Nu pare să fie rezultatul unui conflict psihodinamic cauzat de o idee specifică despre care persoana nu vrea să vorbească sau al unei experiențe de intrare într-un teritoriu psihic înfricoșător ori al unor sentimente transferențiale tulburătoare. Este vorba despre un tip de ezitare care îi pare impusă pacientului. Ceva nu mai este în regulă.

„Nu știu” sau „mă simt puțin ciudat” constituie răspunsuri tipice la interogarea psihanalitică, dar când vine vorba de un pacient aflat pe punctul de a ceda psihic, acestea sunt exprimate într-o manieră cu totul și cu totul distinctă. În plus față de o modificare a inflexiunii vocale și a dispoziției, este posibil ca analizandul să se și miște diferit. Pacienții par să ezite în timp ce se îndreaptă către divan, se așază și traversează încăperea. Par preocupați, absenți, ca și cum nu s-ar mai afla întru totul în propriul corp. Se poate să se împiedice sau să dăra o măsută; se

poate ca, în loc să stea jos în sala de așteptare, să stea în picioare, părand rătăciți.

Într-adevăr, un semn foarte comun al apropierii unei prăbușiri psihice este un sine aflat în această stare „aeriană”, însoțită de o privire pierdută într-un punct fix și de perioade de tăcere neobișnuit de lungi. Acestea apar mai ales în prăbușirile adolescenților și ar trebui luate cu extremă seriozitate, drept cele mai clare indicatoare ale unei decompensări iminente, în mod deosebit dacă urmează unei lovituri evidente primite de persoana în cauză în relația cu covârșnicii.

De cea mai mare importanță însă este faptul că psihanalistul va recepta o modificare a idiomului pacientului. Forma pe care pacientul o are în inconștientul analistului suferă acum o schimbare, această percepție fiind cea care îl va alerta pe analist cu privire la situația de risc în care se află analizandul, adesea înainte de a deveni observabile indiciile menționate mai sus.

În astfel de momente, reacția analistului este crucială. Observând că ceva este diferit, analiștii se vor simți neliniștiți și anxioși. Anxietatea semnal este importantă; aceasta ar trebui să îl împingă pe analist la a lua măsurile esențiale pentru a ajunge la pacient înainte de instalarea unei prăbușiri psihice severe. El se va adapta deja inconștient la noile tipare de a fi și de a relaționa ale pacientului. Chiar dacă acestea nu pot fi încă puse în cuvinte, analistul observă ceva nou, care va deveni în cele din urmă accesibil la a fi exprimat prin comentarii și prin interpretări cu potențial de a-i salva viața pacientului. Oricare ar fi semnele date de analizand, este vital ca analistul să îi pună la dispoziție o acoperire psihanalitică suplimentară, înainte ca pacientul să devină neajutorat.

Al doilea tip de prăbușire psihică are loc destul de brusc, fără a exista, aparent, o perioadă de tranziție. Acest lucru se întâmplă

cel mai frecvent în cazul pacienților înalt vulnerabili, dar cu apărări rigide.

În această situație, este fundamental ca analistul să descopere în detaliu ce s-a întâmplat în zilele premergătoare care ar fi putut precipita o catastrofă psihică. Întotdeauna va fi existat un astfel de eveniment, dar nu am întâlnit niciodată un pacient care să vrea să-l descrie. Așadar, analistul trebuie să fie pregătit să audă de multe ori răspunsul „nimic”

Aici ajungem la prima digresiune semnificativă de la tehnica analitică obișnuită. Analistul, care rareori pune întrebări, trebuie acum să înceapă să investigheze. Acest fapt în sine aduce prezenței analistului o natură terapeutică trăită de pacient ca diferită, chiar lipsită de precedent, și foarte eficientă. Este ca și cum negarea analizandului este întâmpinată, din partea analistului, de o intensitate terapeutică: acesta devine „detectivul” cu care Freud se compara adesea.

Punând în discuție asociația liberă, Freud spunea că cel mai important material era cel care părea cel mai puțin relevant. Din propria-mi experiență, cel mai bun plan de acțiune este să-l rugăm pe pacient să ne povestească exact ce a făcut în ultimele câteva zile. „Spuneți-mi, pur și simplu, ce ați făcut în weekend.” În cadrul descrierii trecutului recent, trebuie să existe un eveniment esențial, deseori aparent inofensiv, care l-a tulburat pe pacient, iar acesta nu știe de ce. Acesta are o valoare imensă, precum stră-visul Eului individual care, odată dezlegat, va crea o întreagă rețea de înțelegere interpretativă empatică, ce se va dovedi deosebit de importantă.

Belinda a venit la ședința ei într-o zi de luni. Era limpede că ceva era diferit la ea; părea să fie tulburată. Nu am reușit să aflăm de la ea în acea zi ce anume o făcuse să se simtă diferit,

dar marți mi-a spus că sâmbătă, când se dusesese la un magazin pentru a cumpăra un mix de ingrediente pentru tortul ei favorit cu morcovi, nu îl găsisese. Plănuise să facă acest tort pentru o prietenă foarte specială, vedea produsele pe raft cu ochii minții și, când și-a dat seama că nu era acolo, nu i-a venit să creadă. A căutat mixul pentru tort în tot magazinul, i-a rugat pe angajații de acolo să-l găsească și nimeni nu putea să explice absența acestuia. Pe parcursul acestei experiențe, Belinda a simțit că se prăbușește intern. S-a dus într-o stație de autobuz apropiată de magazin și a rămas acolo, într-o stare de năucire. Simțea că totul era pierdut. Avea și alte lucruri de cumpărat și drumuri de făcut, dar nu și-a mai putut aduna energia să le facă.

Într-un asemenea moment, este vital ca psihanalistul să-i pună la dispoziție analizandului foarte mult timp, în care acesta să-și recupereze *gândurile* asociate evenimentului. Această strângere de informații este fundamentală pentru ceea ce va urma. Trebuie subliniat că, în acest stadiu, nu este nevoie de afect, ci de informații. Nu este productiv să întrebăm persoana cum se simte, iar acest demers va da naștere la abstracțiuni lipsite de substanță.

Dacă acestea vă sunt dificil de imaginat, gândiți-vă la copilul preadolescent. Vine acasă cu o expresie schimbată și se duce direct la el în cameră, fără să spună nimic. Ceva este în neregulă. Mama îngrijorată ar putea fi tentată să se ducă degrabă la el în cameră, să dea buzna și să întrebe ce s-a întâmplat. Dar o mamă conștientă îi va da copilului puțină vreme să-și revină înainte de a-i bate la ușă. „Lasă-mă” înseamnă „nu încă”; „intră” este un început.

„Păi, ce s-a întâmplat?” ar putea fi o bună cale de abordare a problemei, dar răspunsul comun este „Nimic” Dacă mama

așteaptă, după o vreme, s-ar putea ca lacrimile să înceapă să-i șiroiască pe obraji și să-și afunde capul în pernă. Părintele îndeajuns de bun va lăsa încă un timp copilul în pace, pentru ca el să se adune înainte să-i poată spune ce s-a întâmplat. Cel mai adesea, acestea conduc la o discuție lungă, iar copilul își va reveni, se va simți vindecă și va fi din nou pregătit pentru viață.

La fel, psihanalistul trebuie să aștepte până când analizandul se află în poziția de a putea vorbi și, dacă pare că acest lucru va lua mai mult timp decât a mai rămas din ședință, atunci măsura adecvată este să i se acorde mai mult timp. Timpul reprezintă varianta esențială atunci când e vorba de cât de bine poate fi ajutat un pacient aflat pe punctul de a se prăbuși.

Belinda și-a amintit că voise să facă tort cu morcovi pentru că prietena sa îi spusese că îi plăcea la nebunie și nu mâncase unul bun de foarte mult timp. Pacienta mea știa de o cutie perfectă de ingrediente, dar nu știa să facă un tort cu morcovi de la zero, ceea ce îi trezise anxietatea. Îi va plăcea prietenei sale tortul sau va strâmba din nas, făcând-o pe ea să se simtă umilită?

Cina avusese loc duminică. Nu mersese bine din punct de vedere culinar. Mai mult decât atât, starea de tulburare a Belindei fusese observată, ceea ce îl făcuse pe soțul ei să o critice. „Care e *problema* ta?“, o întrebase după plecarea musafirilor. Nu putuse da o explicație. Se băgase în pat epuizată, amorțită de evenimentele pe care nu le putea înțelege.

Inconștientul, având natura pe care o are, o condusese la magazinul greșit. Mixul de tort nu era acolo pentru că nu fusese niciodată acolo. Fusese vorba de un act ratat, o acțiune greșită care, după cum urma să descoperim mai târziu, reprezenta maniera ei de a protesta față de faptul că își propusese să încerce

să-i ofere ceva prețios prietenei sale, care avea o mare tendință la critică. Pentru ea, torul de morcovi fusese o metaforă. Avea o nevoie disperată ca o persoană pe care o iubea autentic să vadă ceva demn de iubit la ea, dar prietena ei era foarte narcisică și nu îi arătase niciodată afecțiune în mod direct.

Ceea ce distinge actul ratat al Belindei de un eveniment psihonevrotic obișnuit este nivelul de *durere psihică* stârnită de această întâmplare. Aceste semne de tulburare gravă sunt caracteristice pentru individul aflat aproape de o prăbușire psihică. Este ca și cum mintea este angoasată pentru că nu reușește să-și proceseze anxietățile și gândurile urgente, lăsându-l pe pacient disfuncțional. La foarte mică distanță dedesubtul durerii psihice se regăsește o stare acută de pierdere și suferință de doliu: realizarea de către persoană a faptului că își pierde capacitatea de a gândi este însoțită de convingerea că, în consecință, și-a pierdut sinele.

Mai târziu, am descoperit la „carrot cake” („tort de morcovi”) o alcătuire fonemică plină de semnificație. „Carrot” („morcov”) conține sunetele „care” („îngrijire”) și „out” („afară”), deși „out” aproape că nu se aude. Inconștient, Belinda se afla în căutarea unui obiect de care știa că musafirei sale nu îi va păsa și că, astfel, eforturile ei vor fi fost în zadar. Făcând torul de morcovi, crea un moment în care efortul ei de îngrijire va fi respins. (Mai târziu, a perceput cuvântul „garotte” („strangulare”) în „carrot” și s-a gândit că era posibil să fi gătit un fel de mâncare care putea să o asfixieze pe prietena ei.)

Cel mai frecvent catalizator al unei prăbușiri psihice este o ceartă cu un prieten sau o respingere bruscă din partea unui partener. Aceste fenomene comune pot evoca elemente psihologice latente, care împing persoana în vidul creat de respingere și umplu spațiul cu un afect până atunci înăbușit, de obicei

originând dintr-un eveniment mult mai profund și mai tulburător din copilăria persoanei. Acest fapt are efectul imediat de a regresa pacientul, funcționarea adultă de nivel mai înalt fiind uzurpată de poziția psihică a sinelui la momentul evenimentului originar. Dacă pacientul nu poate vorbi și devine absent, cel mai probabil trauma care se reactivează acum se trage din perioada preverbală a vieții psihice. Nu poate fi pusă în cuvinte. O parte din ceea ce știa despre el însuși, dar nu a gândit niciodată, apare acum prin intermediul unei transformări înspăimântătoare în natura ființei sale.

În acest punct, sinele suferă de pe urma apariției unei amintiri înghețate. Aceasta are un puternic impact asupra sa, are loc o regresie și o pierdere a unei părți a funcționării, dar Eul se ține încă laolaltă. Însă dacă un celălalt îndeajuns de bun (locțiitorul mamei) nu vine în acest moment în ajutorul sinelui, prin furnizarea unui Eu auxiliar sau suplimentar, atunci este foarte posibilă pierderea funcționării Eului. Aceasta aduce cu sine schimbări foarte tulburătoare: incapacitatea de a se concentra asupra sarcinilor profesionale sau de a se supune cerințelor vieții cotidiene; o neputință de a-și reaminti evenimente recente, precum și apariția unor gânduri care par bizare și străine. Ar putea exista chiar o incapacitate de a auzi ce spun ceilalți sau de a aduna cuvintele pentru a forma niște propoziții coerente.

Acestea, precum și alte manifestări ale dezintegrării Eului, creează anxietate primară. Sinele realizează că își pierde controlul asupra vieții psihice, capacitatea de a îndeplini sarcini și abilitatea de a relaționa. Își pierde modul de a fi.

Înainte de a aduce în discuție apărările împotriva anxietății primare, ar trebui să acordăm puțină atenție diferențierii acesteia de „anxietatea semnal”

Anxietatea semnal constituie o reacție specifică și, dat fiind acest fapt, este diferită de „anxietatea liber flotantă” care, într-o anumită măsură, se află întotdeauna prin apropiere, deconectată de la sursa sa originară. Dacă ești îmbrăcat cu o cămașă roșie și trebuie să traversezi un câmp, pe care brusc descoperi că se află un taur de-al locului, vei fi cuprins de anxietate. Aceasta este o stare afectivă valoroasă, întrucât te alertează cu privire la faptul că te afli în pericol și trebuie să acționezi în consecință.

Anxietatea semnal este de obicei legată de o amenințare specifică și limitată la adresa propriei ființe, dar acea amenințare nu trebuie neapărat să fie una externă. În stadiile timpurii ale unui distress psihic, dacă sinele intră într-o criză simptomatică neobișnuită, precum o incapacitate de a-și aminti evenimente recente, o sărăcire a capacității de judecată sau un sentiment de disociere, Eul va porni o alarmă internă. Acest fapt alertează sinele că nu este în regulă ceva în cadrul vieții sale psihice și că este nevoie de ajutor. Dacă simt acest tip de alarmă, majoritatea oamenilor vor apela la un prieten, căruia îi vor spune că se simt ciudat sau se vor adresa unui terapeut.

Anxietatea semnal este foarte comună în adolescență, perioadă în care o mare intensitate afectivă este simultană cu imaturitatea emoțională. Tinerii se pot simți incapabili să apeleze la prieteni sau la familie, interpretându-și anxietățile drept prevestitori profetici ai unei prăbușiri psihice. Dacă această presiune devine de nesuportat, un adolescent poate chiar să se sinucidă.

Anxietatea primară apare odată ce anxietatea semnal a eșuat în a-și îndeplini funcția. Aceasta nu constituie o avertizare, ci o formă de panică ivită ca răspuns la senzația de neajutorare stărnită de pierderea funcționării Eului. Este atât de intensă și de terifiantă încât pornește mecanisme de apărare puternice, ca și

cum sinele s-ar angaja într-un ultim posibil efort de a împiedica intrarea în colaps.

Atunci când oamenii se prezintă la spital în această stare, clinicienii sunt de obicei martorii apărărilor construite împotriva anxietății primare. Cea mai comună dintre acestea este aparenta pierdere a afectului. De fapt, acesta nu s-a pierdut; a fost alungat, pentru a nu fi trăit. O altă apărare comună este vorbirea îngreunată sau caracterizată de un manierism retoric, ca și cum persoana ar citi cu voce tare dintr-o carte de telefon. O alta este o falsă afabilitate, al cărei scop este de a descuraja interogările intruzive și eforturile de a ajuta ale celorlalți.

Toate aceste apărări reprezintă forme de retragere parțială.

Dacă aceste forme de nivel înalt nu funcționează în a elimina anxietatea primară, atunci persoana va lua măsuri mai radicale, precum retragerea din fața oricărui contact cu oamenii. Această măsură este pe deplin vizibilă în cazul depresiei clinice, dar este luată și de cei aflați în astfel de crize, atunci când simt că se pierde funcționarea Eului. O reacție alternativă este agitația depresivă, atunci când persoana pare a se afla aproape în extrema opusă a retragerii; anume, este în căutare de persoane cu care să vorbească și este logoreică, discutând în mod constant despre problemele care au copleșit-o.

Acest tip de vorbire compulsivă poate fi interpretat de clinicieni drept un debut al tulburării obsesiv-compulsive, dar constituie de fapt o încercare a psihicului de a înlocui realitatea cu o alternativă psihică; să învingă lumea realității prin intermediul lumii gândirii. Indiferent dacă această prăbușire psihică a fost cauzată de un eveniment intern sau extern, agitația este un rezultat al unui eșec structural al Eului de a face față impactului intrapsihic. Găsind alte persoane cu care să stea de vorbă,

individul încearcă să evadeze din propria minte în a altuia, dar această tentativă de identificare proiectivă eşuează, întrucât sursa anxietăţii este endopsihică. Va avea loc o revenire inevitabilă la panica sinelui.

Dacă persoana continuă să fie agitată, există posibilitatea unor consecinţe deosebit de grave. Sinele apelând la o suprautilizare a vorbirii, persoana îşi evacuează conţinuturile psihice, plasându-le asupra multor indivizi care, ascultând şi încercând să-şi ofere ajutorul, au făcut o coluziune, în necunoaştinţă de cauză, cu procesul prăbuşirii psihice. Suprautilizarea vorbirii are ca rezultat pierderea abilităţii sinelui de a primi informaţii din propriile asociaţii libere inconştiente, rostirea gândurilor conducând la descărcarea şi dispariţia lor din planul existenţei.

În plus, acest apel la proiectarea gândurilor în afara sa are ca rezultat o *democratizare psihotică*, în cadrul căreia se pierde ierarhia semnificaţiei. Anume, fiecare idee este la fel de semnificativă ca oricare alta. În absenţa unei astfel de ordini ierarhice, sinele este lipsit de o ghidare psihică; există o singură direcţie, iar aceea este circulară. Se instalează un cerc vicios psihotic, în care persoana se întoarce din nou şi din nou în acelaşi punct. Uneori aceşti indivizi pot avea senzaţia că au reuşit să dibuiască ceva, dar nimic nu se fixează, şi nu este dobândită nicio înţelegere.

Dacă sinele continuă să se golească de conţinuturile sale psihice, procesul de gândire însuşi se deteriorează, iar sinele se va baza acum pe ceilalţi pentru a-i gândi gândurile. Până acum, aceşti alţii se poate să fi format un grup dispartat de oameni care nu se cunosc între ei şi care pot, astfel, să nu deţină un proces de gândire colectiv, coordonat. În doar câteva zile, acestea pot conduce la o *deshidratare psihică*, aridizarea vieţii psihice. Sinele a rămas acum doar o voce. Gândurile emerg într-un ritm rapid,

dar nesuținute de viață, ci având în spate doar strigăte urgente, repetate, după ajutor.

Asemenea cerințe intense ar putea părea că reflectă o dorință de interacțiune cu celălalt, dar, în fapt, această stare de agitație este o formă de retragere. Constituie un efort de a stabili o omnipotență a gândirii, care face ca gândurile și cuvintele celorlalți să fie eliminate fără drept de apel. În acest stadiu, individul poate recurge la gânduri suicidare sau se poate retrage într-o furie omnipotentă, dar mută, bazată pe presupunerea că, în ciuda tuturor eforturilor sale de a cere ajutor, nimeni nu s-a arătat capabil să i-l ofere.

În câteva dintre capitolele următoare, voi discuta în detaliu trăsăturile pe care l-am parcurs cu unii dintre acești pacienți. Este necesar însă ca, înainte de acest lucru, să punem în discuție principiile lucrului cu o persoană aflată în mijlocul unei prăbușiri psihice. Cum se poate, oare, aduce în discuție modificarea cadrului?

Principiile

Principalul argument al acestei cărți este că orice psihanalist sau psihoterapeut de orientare psihanalitică, care a dobândit deja o oarecare experiență practică, ar trebui să aibă capacitatea de a îndeplini nevoile majorității celor care parcurg o prăbușire psihică. Cu toate acestea, pregătirea unei persoane pentru un travaliu psihanalitic desfășurat în circumstanțe neîncadrate normei necesită o foarte mare atenție acordată detaliilor acelei ieșiri din normă.

Am menționat deja necesitatea de a avea la dispoziție o echipă care să-i ofere sprijin analistului în cazul acestei sarcini clinice. Analistul îi oferă de fapt pacientului o „îngrijire spitalicească”, în mediul obișnuit al acestuia și în absența efectului traumatic al spitalizării, fiind vital ca, dacă este necesar, pacientului să i se ofere sprijin pentru a face față cerințelor cotidiene ale vieții, pe măsură ce acesta se afundă în prăbușirea psihică.

Propunerea analistului cu privire la o extensie a dimensiunilor temporale ale analizei este însoțită de ramificații psihice extrem de importante. Analistul trebuie să explice în ce mod se va schimba cadrul de lucru și de ce. Mai degrabă decât a încerca să explice acest procedeu în termeni abstracți, voi cita în cele ce urmează o abordare tipică a acestei explicații furnizate pacientului:

Văd că treceți printr-o situație dificilă și că acesta este un moment important pentru dumneavoastră. Metoda mea de lucru, pe care o aplic tuturor pacienților mei atunci când apare o astfel de dificultate, este de a propune creșterea numărului de ședințe, pentru a ne da mai mult timp să procesăm ceea ce se întâmplă. Așa că, dacă sunteți de acord, aș vrea ca, pentru moment, să veniți în fiecare zi la ora dumneavoastră obișnuită, iar apoi să mai veniți încă o dată la 17:30. Pentru o mai mare susținere în această perioadă, aș vrea să mergeți la dr. Branch, un psihiatru cu care colaborez, în caz că descoperim că ați avea nevoie de medicație sau de orice alt ajutor medical. Aș vrea să mergeți la el astăzi sau mâine și pot să vă fac eu programarea. Vă veți vedea cu el o dată pe săptămână, cel puțin timp de câteva săptămâni. De asemenea, aș vrea să mergeți la un consult la medicul dumneavoastră de familie.

Dacă pacientul are nevoie de implicarea mai multor membri dintr-o echipă din afara spitalului, atunci i-aș spune ceva de tipul:

Cred că ați avea nevoie în acest moment de cât mai mult sprijin și înțeleg că sora (fratele, vecinul, prietenul) dumneavoastră știe despre dificultățile cu care vă confrunțați. Dacă vă este confortabil să o (îl) rugați să vină zilnic pe la dumneavoastră și să vă ajute cu masa și alte necesități, atunci vă rog s-o (să-l) sunați. Eu nu pot să am niciun contact cu ea (el) pentru că relația mea cu dumneavoastră trebuie să rămână confidențială, dar aveți toată libertatea să indicați că aceasta a fost recomandarea mea și chiar vă rog să discutați despre asta cu psihiatrul dumneavoastră. Se poate ca el să vă roage să se întâlnească și cu sora dumneavoastră, pentru a putea coordona

îngrijirea de care aveți nevoie. Din experiență, vă pot spune că acest tip de ajutor în plus este de obicei necesar pentru cel mult câteva săptămâni.

Când lucram în Anglia, deseori adăugam:

În situații de acest tip, ne-ar face lucrul mai ușor dacă s-ar ocupa altcineva de transportul dumneavoastră la ședințe și înapoi. Voi aranja eu cu o firmă locală de taxi să vi se pună la dispoziție un șofer care să vă aducă aici și să vă ducă înapoi acasă. Îl cheamă Eduard. Are un tarif cât se poate de rezonabil, nu va fi indiscret și nu vă va pune nicio întrebare.

Și în cele din urmă, cum facem cu onorariul? Explicația pe care o dau este următoarea:

Deși creștem numărul de ședințe, veți plăti doar aceeași sumă pe care o plătiți de obicei de-a lungul unei săptămâni. Aceasta nu este o excepție pe care o fac special pentru dumneavoastră, ține de metoda mea de lucru obișnuită. Maniera în care îmi stabilesc tarifele ține cont și de astfel de eventualități.

Comunicarea acestor lucruri îndeplinește câteva scopuri.

Modul în care analistul introduce aceste modificări de cadru pacientului este crucial. Indicarea faptului că aceste măsuri țin pur și simplu de practica standard și că a existat, într-adevăr, întotdeauna o echipă de oameni pregătiți să intervină și să-și acorde ajutorul în cazul în care acestea ar fi necesare, are o imensă valoare de reasigurare într-un moment în care majoritatea analizanzilor sunt foarte aproape de panică.

Explicația are funcția unei structuri narative care furnizează un mediu de susținere temporar și îl și pregătește pe analizand pentru ceea ce va urma. Utilizarea repetată a anumitor expresii, precum „practică standard” și „directive clinice”, evidențiază faptul că acesta nu este un gest personal de intervenție, ci unul profesional. Subliniază faptul că această decizie este una cântărită, inteligentă, și constituie cel mai bun plan de acțiune. Reprezintă, pur și simplu, o reflexie a formării analistului. Acesta îi cere pacientului în mod implicit, uneori explicit, să se relaxeze și să aibă încredere în procesul analitic.

Câștigarea încrederii pacientului în metoda de lucru și în profesionalismul acesteia este extrem de importantă în acest punct, unul care constituie un moment crucial din viața pacientului. Dacă analistul reușește să intensifice travaliul analitic și să creeze un mediu de susținere care să întâmpine nevoile pacientului, pe măsură ce acesta are o prăbușire psihică, atunci experiența poate fi transformată într-un progres, care îl va reînnoi pentru tot restul vieții. Dacă nu, ceea ce va urma poate fi un dezastru.

Mai mult decât orice, când vine vorba de gestionarea unei prăbușiri psihice, ceea ce nu vrem să se întâmple este să ne aflăm cu un pas în urmă. Din experiența mea de supervizare clinică a unor astfel de situații, de departe cea mai comună eroare constă în faptul că analistul nu reușește să organizeze un mediu de susținere înainte de instalarea colapsului. În loc să fi anticipat criza pentru a putea fi acolo pentru pacient atunci când aceasta debutează, el va încerca abia apoi, în zadar, să compenseze pentru startul pierdut, reacționând la ceva care s-a întâmplat deja. De vreme ce pacientul nu a fost susținut, panica sa va spori, iar evenimentul istoric original (sau structurile psihice organizate în copilăria timpurie) care se activează acum sunt întâmpinate

prin același tip de eșec sau fisurarea Eului care a avut loc în copilăria timpurie. Trauma curentă devine acum o confirmare că situația originară — fie aceasta o internalizare a nebuniei parentale sau propriul răspuns deformat al sinelui față de lume — reprezintă de fapt adevărul. Odată ce are loc inculcarea acestei noi perspective, cred că ea este una ireversibilă.

Tragedia care a avut loc mai ales în Statele Unite de-a lungul ultimilor 40 de ani constă în faptul că unii clinicieni dedicați și cu bune intenții au fost împinși de o frică de aspecte juridice înspre a practica o formă de psihoterapie defensivă. Aceștia apelează cu mult prea mare ușurință la psihofarmacologi și eșuează în munca cu pacienții lor din cauza propriilor anxietăți, ezitări, precum și a unei aparente lipse de încredere în procesul psihanalitic. Am cel mai mare respect pentru colegii mei americani, dar ingerințele asupra dreptului acestora la libertate profesională sunt atât de severe încât, mult prea adesea, ei nu reușesc să se lase ghidați de judecata lor clinică în cazul tratamentului unor oameni foarte perturbați. Aceia care insistă să o facă își asumă un risc de mare curaj.

Odată ce analistul i-a explicat cu grijă analizandului că este direcționat de judecata sa clinică către a recomanda o modificare a planului de tratament, analizanzii vor avea deseori de obiectat.

Privesc o oarecare rezistență la acest tip de schimbare ca fiind un semn bun. Dorința de a susține normalitatea face parte din instinctul de viață și este important ca analistul să sprijine această dorință, în același timp asigurându-și pacientul că scopul schimbării intensității nu este decât de a-l ajuta să treacă prin criza actuală.

În majoritatea cazurilor, toți pacienții a căror analiză a fost trecută la două ședințe pe zi au reușit să continue să meargă

la serviciu și au avut nevoie de un timp minim de învoiri. În Marea Britanie, în contrast cu America, oamenii beneficiază de un regulament de muncă destul de flexibil, care, în general, le oferă angajaților libertatea de a lucra, temporar, doar câteva ore pe zi, fără ca acest lucru să conducă la o investigație intruzivă.

Din punct de vedere clinic, de obicei este preferabil ca persoana să continue să lucreze, chiar dacă munca este susținută pentru o vreme numai de memoria procedurală de bază și de puterea obișnuinței. Le explic însă că, pentru moment, nu ar trebui să se ocupe de aspecte de contabilitate și că am putea discuta ce sarcini survin în următoarele câteva săptămâni, precum și modul în care anumite sarcini ar putea fi delegate pentru o vreme altora. Valoarea continuării activității profesionale nu constă numai în faptul că o parte importantă a vieții pacientului nu este perturbată, ci și în faptul că este susținută funcționarea Eului intrinsecă vieții profesionale. Din perspectiva metodei pe care o practic, este important ca *analistul să sprijine în mod constant acele puncte forte ale Eului prezente în analizand*, întrucât acestea vor constitui o parte importantă a mediului psihic de susținere și a procesului de recuperare.

Pacienții își vor face adesea griji cu privire la plată și îmi doresc ca cititorului să îi fie clar faptul că nu este vorba de altruism din partea mea.

În acest stadiu, preocuparea mea, din motive clinice, este de a îndepărta orice stres suplimentar din viețile acestor analizanți. Aflați deja sub o foarte mare presiune, copleșiți de frică, ultimul lucru de care ar avea nevoie ar fi o anxietate cu privire la adunarea de datorii, iar eu sunt la fel de dispus de a evita îngreunarea propriei mele minți cu așa ceva. Ca să pot gestiona sarcina care mi se arată înaintea, nu îmi doresc povara și distragerea aduse de

sentimentul că trebuie să grăbesc lucrurile, în caz că pacientul nu va reuși să se descurce cu achitarea analizei.

De departe cea mai simplă soluție este de a elimina problema onorariului. Așa cum am spus anterior, explic limpede că aceasta este metoda mea standard, iar majoritatea analizanzilor (non-isterici) nu receptează acest fapt drept o încercare seductivă de a-i face să se simtă speciali; la acel moment, sunt prea traumatizați și panicați de starea lor internă pentru a reacționa astfel. Cu toate acestea, trebuie anticipată o oarecare vinovăție retrospectivă, la momentul la care pacientul recuperat va contempla ce s-a petrecut în timpul acestor regresii. Din acest motiv, am fost întotdeauna cât se poate de clar — uneori apelând la ironie — cu privire la faptul că politica mea este de a nu taxa ședințele suplimentare și că nu voi face o excepție în cazul de față.

Analizanzii sunt adesea îngrijorați în legătură cu modul în care le vor explica ce se întâmplă prietenilor și familiei. Cu toate acestea, de vreme ce apropiații pacientului sunt deja foarte alarmați cu privire la starea lui, pot preciza faptul că, cel mai probabil, cei îngrijorați se vor simți ușurați când vor afla că pacientul vine la ședințe în plus, tocmai pentru a rezolva situația.

Odată ce am clarificat aceste chestiuni, introduc ideea unui acord între mine și analizand. Îi cer să își exprime acordul față de modificarea programului și să se angajeze la a continua în acest ritm de lucru până vom simți amândoi că am izbândit. Apoi, mai trecem o ultimă dată în revistă propunerile mele și, dacă au rămas îndoieli, le discutăm. În aproape toate cazurile, pacientul este de acord.

Se poate să mai rămână câteva încercări de a se eschiva: „Dar nu pot să merg la cină cu prietenii mei mâine?” sau „Tocmai a început un proiect nou la muncă și chiar ar trebui să mă implic

de la început.” Le răspund că nu, nu ar trebui să-și propună să facă aceste lucruri în prezent. Gravitatea situației lor necesită să o luăm în serios, iar acest lucru înseamnă să acorde prioritate absolută tratamentului. Aceasta este o etapă în care trebuie să caute o formă de refugiu, în cadrul căreia psihanaliza să se intensifice, iar naturii a ce se întâmplă să i se dea oportunitatea de a fi exprimată.

Așadar, înainte de începerea acestei perioade de lucru, ce se află în mintea celor doi participanți?

Este posibil ca analistul să aibă niște bănuieli cu privire la ce se va întâmpla atunci când analizandul se va cufunda cu toată forța în prăbușirea psihică, dar, din experiență, consider că cel mai bine este să nu încercăm să anticipăm ceea ce urmează. O minte deschisă este una receptivă inconștient. Ceea ce se va pune în scenă în săptămânile care vor urma va constitui, cu siguranță, o provocare, dar analistul va fi destinatarul unor informații prețioase, desprinse chiar din adâncul sufletului analizandului său, iar acum este momentul să fie profund concentrat, să asculte și să integreze tot ceea ce i se spune.

Dar care este înțelegerea analizandului cu privire la ce urmează să aibă loc?

Asemenea vântului puternic și a valurilor înalte care preced un uragan, deseori au existat îndeajuns de multe avertismente în privința faptului că se întâmplă ceva grav și că este necesar să se ia măsuri de urgență. Pacientul va fi supus unui amestec de anxietate semnal și anxietate primară, ceea ce îl va predispune la a forma o alianță cu planul de acțiune al analistului, percependu-l drept conținător. Aflarea faptului că există o procedură psihanalitică de întâmpinare a instalării intense a bolii psihice creează un profund sentiment de reasigurare.

Estimarea necesarului de timp clinic suplimentar pentru pacient reprezintă un aspect crucial al construirii mediului de susținere. Subestimarea provocării ce va urma, prin punerea la dispoziție în acest moment a unui număr insuficient de ședințe, constituie un eșec fundamental, care îl pune pe analist în situația de risc de a nu ține pasul cu prăbușirea psihică. Dacă recomandă prea multe ședințe, acest demers este mult mai puțin periculos, de vreme ce poate fi reglat fără a dăuna tratamentului. Bineînțeles, aceasta trebuie să fie o decizie judecată individual, de la caz la caz, dar, în general, pentru persoanele care intră în colaps treptat, am recomandat ședințe suplimentare pentru o perioadă extinsă de timp, iar pentru cei care suferă o prăbușire psihică bruscă și acută, tind să ofer ședințe pe toată durata zilei.

Nu știu cum să descriu exact profunda semnificație a acestui angajament de la om la om. Pe deasupra detaliilor noului contract, analizandul înțelege că o ființă umană se angajează la a-i fi alături prin cele mai grele momente din perioada care va urma. Și exact acest lucru îl simt. Sunt pregătit să îi rămân alături indiferent cât va dura (atâta vreme cât nu devine evident că ceea ce îi pun la dispoziție nu este îndeajuns) și sunt sigur că acest fapt se reflectă din ceea ce îi comunic.

Trebuie să subliniez că toate acestea nu țin de încrederea în propriile mele abilități; nu este vorba decât despre faptul că, de-a lungul zecilor de ani, am devenit din ce în ce mai impresionat de eficacitatea terapeutică a metodei psihanalitice, de a-i oferi unei persoane libertatea de a-și acorda tot timpul necesar pentru a-i vorbi liber celuiilalt, fără să se teamă de judecată. Onestitatea și simplitatea acestui lucru au un sens profund. Ființele umane nu se descurcă bine în multe privințe, dar unul dintre darurile noastre este genialitatea limbajului. Deși multe dintre cele desfășurate

Într-o psihanaliză sunt non-verbale, potențialul lingvistic rămâne *el însuși* un lucru pe care ne putem baza, o structură prezentă în inconștient, ce poate fi utilizată în orice mod necesar.

Așadar, chiar și pe măsură ce psihanalistul își afirmă standardele profesionale ale practicii proprii, factorul uman implicat în această extensie reprezintă deja o parte a vindecării. Acest aspect este deosebit de puternic dacă, așa cum se întâmplă frecvent, persoana care suferă o prăbușire psihică a fost lipsită de îngrijirea umană adecvată pe vremea când era bebeluș sau un copil foarte mic. Se poate să fi avut o mamă și un tată care să fi făcut tot ce au putut, care și-au îndeplinit obligațiile parentale, au urmat pașii cunoscuți, au avut cu adevărat intenții bune, dar care, până la urmă, din cine știe ce motive, pur și simplu nu au reușit să-și implice umanitatea în calitatea de a fi un părinte bun. Ceva din potențialul lor empatic nu s-a putut activa. Poate plânsetele bebelușului sau nevoile copilului le-au stârnit nevoia de a evada în niște părți izolate, defensive, ale personalității lor sau poate că erau atât de distrași de carierele lor încât copilul a fost întotdeauna pe locul doi.

Dar acest tip de istoric nu este întotdeauna prezent la acești pacienți. Copilăria constituie în mod esențial o experiență insondabilă, una care nu poate fi comunicată. Chiar și cel mai sensibil părinte nu poate fi martorul luptelor interne ale copilului și, uneori, acesta poate parcurge o criză structurală profundă, care pur și simplu se află în afara percepției parentale. Cu alte cuvinte, mintea este un fenomen extrem de imprevizibil, iar mintea copilului este îndeosebi vulnerabilă la vicisitudinile vieții. Astfel că, fie că nevoile copilului nu au fost satisfăcute de părinți, fie că acesta a suferit pur și simplu de pe urma copilăriei, mulți intră în viața adultă însoțiți de traume timpurii.

Eșecul endemic al copilăriei înseși a fost uzurpat în cadrul imaginației publice și clinice de povești de groază cu ritualuri satanice, molestare sexuală sau abuz emoțional. Delictele comise asupra copiilor sunt îndeajuns de frecvente încât să fi stârnit alarmarea publică și fără îndoială că victimele acestora merită atenția noastră clinică, dar cei care au suferit în aceste moduri directe și violente prezintă un tablou diferit psihanalistului decât cei descriși în acest text.

Aici ne confruntăm cu o situație relativ comună, una care a fost neglijată și care ar trebui să ne provoace preocuparea, chiar dacă este lipsită de caracterul de urgență al celui care a fost molestat sau al celui psihotic. Aceasta pentru că atunci când oamenii cu o funcționare normală, care ar putea fi diagnosticați ca schizoizi, obsesionali sau depresivi, încetează a mai funcționa și se predau unei prăbușiri psihice, acest fapt le poate distruge potențialul personalității, calitatea vieții și a relațiilor, putând și să le afecteze lumea internă pentru tot restul vieții.

Multe persoane potențial vulnerabile evită prăbușirea psihică asigurându-și inconștient relații vindecătoare sau lăsându-se absorbite de viețile profesionale. Un partener bun poate uneori să vindece traumele din copilărie rămase în adult. Absorbirea în muncă poate fi atât de hrănitoare intern, încât să poată preveni de una singură un colaps care, altfel, ar fi avut loc. În timpul vieții adulte, dacă persoana are noroc, pot exista multe momente izolate care să fie atât de creative inconștient, încât să servească drept generatoare psihice, vindecând sinele dinăuntru; o parte din cunoscutul negândit al vieții de zi cu zi.⁶

⁶ Vezi Bollas, Christopher (1992). „Psychic genera”, în Bollas, Christopher, *Being a Character*. London: Routledge, pp. 103-145. (N.a.)

Așadar, această lucrare se referă la acei oameni care nu au găsit remedii transformatoare pentru traumele din copilărie și cărora le este sortit ca, la un moment dat în viață, să aibă o prăbușire psihică.

Emily

Emily avea în jur de 35 de ani și lucra în cadrul unei asociații care se ocupa de locuințe sociale, aflată la aproximativ 15 kilometri de cabinetul meu. Mi-a spus că venise la analiză pentru că, deși colegii ei o considerau o persoană foarte competentă și săritoare, ea credea că părerea lor se datora numai unui efort imens din partea ei, care nu-i lăsa să vadă cât de înspăimântată se simțea și câtă nevoie de atenție și încurajare avea. Mi-a mai spus că se afla într-o relație de lungă durată cu un bărbat și că prezența lui îi fusese foarte de ajutor, dar că, de câțiva ani, acesta devenise agitat, ceea ce dusesse la creșterea anxietăților lui Emily. Era palidă, îi era foarte greu să vorbească și părea la capătul puterilor.

Medicul său de familie îi recomandase o analiză de cinci sedințe pe săptămână. Pe parcursul primului an și jumătate, mi-a spus o poveste marcată de multe separări de părinții ei în copilărie, de fricile pe care i le stârneau alți copii și de proastele rezultate școlare. Era timidă, abia dacă se uita la mine când o salutam în sala de așteptare și se îndrepta spre divan ca într-o mișcare de somnambulism. Vorbea foarte încet, apăreau lungi tăceri, uneori părea să aibă dificultăți de înghițire și adesea se abținea să nu plângă, ștergându-și ochii cu mâna.

În plus față de a realiza, de la o zi la alta, care erau momentele când se simțea anxioasă sau vulnerabilă, unde se afla când se simțea așa și de ce, i-am observat și punctele forte. Alături de un trecut și un prezent alcătuite dintr-o mare durere și vulnerabilitate personală, i-am descoperit împreună și capacitățile: module prin care dădea dovada existenței de abilități și de potențial de a găsi soluții și planuri de acțiune în viața sa.

Fără a fi ostilă, era precaută față de mine. Era ca și cum nu ar fi putut nicidecum să depindă de mine și realizase că trebuia să se mențină la distanță. Am discutat despre acest lucru și despre toate nuanțele sale, asociind modul ei de a fi și de a relaționa cu fantasmele care îi generau mentalitatea și cu evenimentele din trecut care îi influențau și ele comportamentul.

Apoi, într-o zi de luni, Emily m-a anunțat că iubitul o părăsise. Vorbise de posibilitatea de a pleca încă de câteva luni, spunând că ar putea avea o viață mai bună decât cea pe care o împărțea cu ea și, duminică, Emily se întorsese dintr-o plimbare prin parc și găsise casa goală și un bilet în care iubitul îi scrisese că o s-o contacteze în câteva săptămâni. Se prăbușise într-un scaun și rămăsese acolo ore întregi. Când am văzut-o eu, ziua următoare, mergea ca un zombi. Era albă ca varul, îi era extrem de dificil să vorbească și, cât a stat pe divan, s-au derulat lungi momente de tăcere. Lacrimile îi curgeau fără încetare. Deși plecarea iubitului nu era neașteptată, am simțit că i-ar fi greu să supraviețuiască acestui șoc.

După ședința ei, cerându-i anterior permisiunea, i-am telefonat medicului său de familie, pentru a-i spune că eram îngrijorat de starea ei și am stabilit să ținem legătura.

Marti, a venit la ședință în aproximativ aceeași stare, dar părând mai răvășită. Mi-a spus: „A, apropo, tocmai am derapat

și-am ieșit cu mașina de pe șosea. Oricum, era o rablă.” Deși o tulburase acest incident, reușise să ajungă la serviciu, dar îi era greu să-și îndeplinească obligațiile fără mașină.

Miercuri, nu spunea nimic și arăta neîngrijită, de parcă nu s-ar fi spălat. Am întrebat-o dacă se îngrijea. Mi-a răspuns că „nu”, iar apoi a rămas în tăcere. I-am spus că prăbușirea ei avea cât se poate de mult sens pentru mine, că într-adevăr credeam că plecarea iubitului ei era profund tulburătoare, dar că sentimentele legate de aceasta încă nu se iviseră; era într-o stare de șoc. I-am spus că accidentul de mașină, starea sa absentă în sedință și faptul că nu-mi părea a fi mâncat sau a se fi îngrijit indicau faptul că avea nevoie de niște ajutor suplimentar.

M-a întrebat la ce mă gândeam și i-am spus că metoda mea standard, atunci când cineva trecea printr-o perioadă atât de grea, era de a oferi sprijin suplimentar și că aș dori să mențin un contact permanent cu medicul ei. Inițial, a insistat că se simțea bine, dar după câteva minute, a izbucnit într-un plâns incontrollabil și mi-a spus că era în regulă să-i contactez doctorul. La sfârșitul sedinței, îi era greu să se ridice de pe divan și să plece.

I-am telefonat medicului său, am discutat despre situația ei și a fost de acord s-o primească în consultație după-amiaza următoare.

Joi, i-am spus ce stabiliserăm. Nu mi-a răspuns, dar înainte să plece, am verificat din nou dacă înțelesese ce-i spusese despre programare și mi-a spus că va merge. I-am mai spus și că aș vrea să ne vedem în weekend, lucru cu care a fost de acord, după care am continuat prin a-i spune că, întrucât părea să se simtă dezorientată, credeam că era nevoie să vină și să plece de la sedințe cu un taxi. Am informat-o că aveam la dispoziție un șofer la care puteam apela în acest scop și că voi aranja cu el

s-o ia de la serviciu, să aștepte în fața cabinetului, iar apoi s-o conducă acasă. De vreme ce nu mai avea mașină, iar folosirea transportului în comun îi era foarte dificilă acum, i s-a părut că aceasta ar ajuta-o. Dată fiind starea ei psihică, am stabilit că cel mai bine ar fi să telefoneze la birou și să anunțe că nu va veni ziua următoare la serviciu.

Până luni, Emily intrase în colaps. Fusesse la medicul de familie, iar acesta era de părere că ar trebui probabil să se interneze, dar ne-am pus de acord să mai așteptăm câteva zile și să vedem cum continuă să meargă lucrurile. Cu permisiunea ei, am aranjat să fie vizitată de un asistent social seara devreme, ca să verifice cum se simțea și a părut ușurată de acest plan. Când a plecat de la ședință, Edward a condus-o la serviciu. Sentimentul de a fi la serviciu i-a părut unul de „reasigurare”. Mi-a spus că reușise să amâne orice sarcini dificile și că, de asemenea, colegii ei se arătaseră suportivi și discreți.

Acum avea „viziuni” care păreau a fi străfulgerări eidetice din copilărie. Nu erau creații isterice; nu exista un beneficiu secundar și nici vreo plăcere derivată de pe urma acestor vedenii. Erau imagini vii: mama ei, în bucătărie, purtând un șorț; cum stătea lângă picioarele mamei sale, în timp ce aceasta pregătea ceva de mâncare; cum privea mașina familiei îndepărtându-se pe drum și dispărând. Ultima imagine era legată de o perioadă de trei ani, în care fusese îngrijită de mătușa ei și de-a lungul căreia își văzuse părinții doar o dată la câteva luni.

Dintr-o perspectivă psihanalitică, materialul care ieșea la suprafață era esențial. Am ascultat-o cu mare atenție și, când am avut senzația că înțeleg maniera în care aceste viziuni ne transmit ceva despre trecutul ei, i-am oferit interpretări. Cu toate acestea, în fiecare zi, când o preluam din sala de așteptare,

Emily părea chiar mai înghețată decât înainte, dar și impregnată cu un soi de furie. I-am spus acest lucru într-o ședință și, în zilele care au urmat, a devenit foarte furioasă pe mine, dar nu reușea să-și explice de ce. I-am spus că nu era nevoie să știe sau să încerce s-o spună — o vedeam și o simțeam și eu —, dar îmi părea că devenisem mama/tatăl care o abandonase și tot ceea ce simțea față de ei apărea acum în cabinet. I-am spus că, pe cât era de dureros, eram de părere că acest lucru era fundamental pentru ca ea să intre în contact cu durerea și cu apărările pe care le folosise toată viața pentru a se menține pe linia de plutire.

Asistentul social m-a informat că nu era nimic de mâncare la ea acasă, că Emily nu se mai spălase și că în casă era un haos, plin de facturi nedeschise, inclusiv o înștiințare de plată a impozitelor, împrăștiate peste tot. El și colegii săi i-au adus mâncare, i-au spălat hainele și au ajutat-o să-și pună casa și hârtiile în ordine.

Ne-am întâlnit timp de trei săptămâni, șapte zile pe săptămână, pentru ședințe de 90 de minute. Apoi, următoarele două luni, am revenit la cinci ședințe pe săptămână, dar am rămas la ședințe de o oră și jumătate. În trei luni, Emily și-a revenit din prăbușirea psihică.

Pe parcursul acelor săptămâni, cu excepția a doar câteva zile, a continuat să meargă la serviciu. Viziunile apărute anterior, care o întruchipau pe mama sa în timpul copilăriei timpurii, au eliberat afectul legat până atunci, iar ea a supraviețuit durerii psihice a acestei retrairi. Mișcările sale corporale s-au modificat: dacă înainte avusese întotdeauna un mers rigid, acum părea să-și simtă mai bine corpul și se mișca mai liber, ca și cum ar fi comunicat o dimensiune mai umană.

Totuși, pentru următorii doi ani, Emily a suferit încă de pe urma unei dureri psihice considerabile, iar realizarea pierderilor

sale timpurii a continuat să apară ședință de ședință. Avusese întotdeauna o înțelegere intelectuală a privărilor ei din copilărie și știuse că sentimentul său de irealitate ca adult fusese cauzat de faptul că se ținuse departe de viață, pentru că nu avea încredere în aceasta. Dar acum știa în mod direct, prin intermediul experienței emoționale, de ce trăise așa cum o făcuse pentru atâta vreme.

Un aspect crucial al procesului de transformare pentru aceia care parcurg o prăbușire psihică este alianța cu părțile sănătoase ale sinelui persoanei, întrucât acestea vor deveni fundațiile pe care se va construi noul sine. În cazul lui Emily, această alianță a fost utilizată în mod efectiv. Cunoașterea de către amândoi a resurselor Eului său — partea din ea care o ajuta să meargă la serviciu —, i-a oferit acum posibilitatea de a le utiliza pentru a merge înainte în viață, odată ce dobândise o nouă prezență emoțională.

Într-un anumit sens, prăbușirea psihică și recuperarea oglindesc procesul normal de creștere și dezvoltare. Ne începem viața într-o stare infantilă și avem părinți de care depindem și care ne îngrijesc, dar încă de la început, avem și un sine nucleu, care se află în dezvoltare. Ambele forme de resurse — cele externe, de la părinți, și cele interne, de la Eul în creștere — sunt esențiale pentru dezvoltarea sinelui.

Deși constituisem o echipă care să se ocupe de prăbușirea lui Emily și simțeam că suntem pregătiți, am realizat ulterior că fusesem prea prudent. Atunci când asistentul social m-a informat de starea condițiilor ei de trai, era limpede că se afla într-o situație foarte gravă și că ar fi trebuit să se facă un contact cu ea mai devreme. Am lăsat-o să sufere prea multă vreme înainte de a acționa și, în mod ironic, parțial din cauza anxietății mele cu privire la a-mi lua angajamentul față de ceea ce mă temeam că

ar constitui o transgresiune analitică, fapt care m-a împiedicat să acționez mai din timp.

Fără îndoială, eram anxios și cu privire la sarcina care mi se arăta dinainte. În cazul în care contratransferul este prea marcat de agitație, analistul nu va fi capabil să gestioneze cerințele clinice care se prezintă. Mai mult decât orice, analiștii trebuie să se mențină în acea poziție meditativă, atât de remarcabil descrisă de Freud. Aceștia vor trebui să își găsească o cale de a accesa „atenția liber flotantă”, pentru a putea primi asociațiile libere și prezentările caracteriale ale analizandului.

Noul cadru este stabilit și organizat pentru ca, în primul rând, să-l protejeze pe analist, astfel încât acesta să fie îndeajuns de bine așezat în propria minte pentru a putea să gândească și să le fie de ajutor pacienților săi. Când lucram cu Emily, abia dacă îl cunoșteam pe medicul ei, îl întâlnisem pe Edward o singură dată și nu eram încă suficient de familiarizat cu echipa de asistență socială încât să știu sigur că sistemul de suport va funcționa. Nu aveam încă un mediu de susținere îndeajuns de sigur.

Am realizat că lentoarea reacției mele față de deteriorarea lui Emily a echivalat cu o prelungire a suferinței sale. Ceea ce ar fi putut să dureze numai două săptămâni, dacă aș fi fost pregătit, a durat câteva luni. Durerea psihică pe care a îndurat-o a fost cauzată, în parte, de eșecul meu în a-i asigura la timp un mediu susținător, astfel recreând aspecte ale copilăriei sale timpurii.

Din acel punct înainte, am fost hotărât, ca în cazul în care m-aș confrunta cu o situație similară, să mă mișc mult mai repede în a iniția o analiză intensivă și în a stabili un sistem de îngrijire eficient.

Anna

Timp de câțiva ani, Anna, care avea în jur de 45 de ani, venise la mine pentru psihoterapie. O femeie energică, veselă, extrem de inteligentă, manager al unei companii de IT de top din Londra. Locuia singură, dar avea mulți prieteni și iubiți. Deși nu se opunea din punct de vedere ideologic căsătoriei sau monogamiei, nu era dornică de a se implica într-o relație de lungă durată.

Într-o joi, când s-a prezentat pentru ședința sa de la ora 15:00, abia dacă mi-a venit să cred ce-aveam în fața ochilor. În mod normal frumos aranjată, roșie în obraji și cu un chip expresiv, arăta neîngrijită, era pământie și lipsită de expresie. S-a așezat pe fotoliu, a zâmbit stins și, ca de obicei, a început cu un comentariu introductiv:

- Păi, să vedem... despre ce-aș putea să vorbesc astăzi?
- Ce e în neregulă?
- La ce te referi?
- Arăți îngrozitor.
- Da?
- Nu realizezi asta?
- Nu. De fapt, nu mă simt tocmai excelent...
- Nu te-am văzut niciodată părând atât de dărâmată.

– A... Păi... (A rămas în tăcere.)

– Da?

– S-a întâmplat ceva. N-ar trebui să mă deranjeze atât de mult. Nu mi-am dat seama că se vede, așa că mă miră că te-ai prins, dar nu e ceva important.

Pe măsură ce Anna vorbea, gura i s-a uscat, așa că i-am adus un pahar cu apă și l-am pus lângă ea, pe o măsuță. L-a băut pe nerăsuflăte, a încercat să vorbească, iar apoi a înghețat complet. Următoarele zece minute, m-a privit fix, în tăcere. Tot încerca să vorbească, acoperindu-și gura cu mâna, uitându-se la tavan și împingându-și mâinile una într-alta, ca și cum ar fi încercat să se forțeze să vorbească. I-am spus că e ok, să-și acorde cât timp este nevoie. Am ieșit din încăpere, i-am reumplut paharul cu apă și am pus un bilet pe exteriorul ușii, pe care am scris că, din motive neprevăzute, nu voi putea ține ședințele din ziua respectivă. Știam că Anna a intrat într-o prăbușire psihică.

După aproximativ jumătate de oră, a încercat din nou să vorbească, dar nu era coerentă, ceea ce îi crescuse în mod clar nivelul de anxietate. I-am spus că este în regulă, că orice s-ar fi întâmplat care o tulburase, va avea destul timp la dispoziție să-mi povestească și că ar trebui doar să se odihnească până când ajunge să poată face acest lucru. A încuviințat din cap, lacrimile au început să se scurgă, m-a privit fix, apoi tavanul, apoi în jur prin încăpere, fixându-și privirea pe diferite obiecte, apoi a-nceput din nou să plângă, a tăcut din nou, m-a privit din nou.

După aproximativ 40 de minute, a spus în șoaptă: „Christopher, trebuie să plec. Aproape mi s-a terminat timpul.” S-a uitat în stânga, după geantă, pe care o pusese de fapt în spațele fotoliului. I-am spus că pusesem un bilet de înștiințare pe

ușă, în care scrisese că nu mă voi putea vedea cu alți pacienți de-a lungul zilei respective și că vom rămâne până la 18:00, așa că se putea relaxa. A încercat să protesteze, dar nu a reușit să-și adune energia de a o face și s-a afundat înapoi în fotoliu. Am plecat timp de câteva minute din încăpere și am lăsat mesaje pe robotul telefonic al pacienților mei, anulând ședințele din ziua respectivă, iar când am revenit, i-am adus încă un pahar cu apă.

După aproximativ două ore, a reușit să vorbească, dar într-o manieră în care nu o mai făcuse niciodată. În locul obișnuitei sale jovialități, vorbea lent, încet și c-un calm fals. Mi-a spus că Griselda, o prietenă apropiată de-a ei de ani de zile, îi spusese cu o zi în urmă că ea credea că Anna este o „nenorocită egocentrică” și că nu era sigură dacă își dorea să continue relația. Anna s-a oprit, și-a muscat buza și apoi a spus că afirmația fusese atât de „stupefiantă”, încât nu-i venise să creadă.

Una dintre temele analizei până în acel punct fusese modul în care Anna prospera de pe urma iubirii multor oameni. Era extraordinar de populară și gestiona fără mari dificultăți dispute cotidiene minore, spre exemplu, de la locul de muncă. Avea însă o tendință inconștientă la autoidealizare, iar comentariul prietenei îi spulberase sentimentul de sine. Persoana care stătea acum în fața mea se afla într-un spațiu intern nou și terifiant; părea completă golită de ea însăși și lipsită de resurse.

Există câteva elemente vitale pe care analistul trebuie să le aibă puse în ordine pentru a ajuta pe cineva care trece printr-o prăbușire psihică, iar unul dintre acestea este înțelegerea clară a *liniei de conflict* din istoria persoanei. Atunci când survine o prăbușire, unul dintre factorii fundamentali ai găsirii unei căi de ieșire din aceasta este ca psihanalistul să-și explice clar ce se întâmplă și de ce.

Annei i-am spus:

— Toată viața, a trebuit să crezi că ești perfectă și ai fost iubită de toată lumea, pentru că, dacă n-ai fi fost minunată, ai fi simțit că ești un nimic. Urând-o pe mama ta așa cum ai urât-o, te-ai salvat prin a-ți idealiza tatăl. El te-a idealizat la rându-i și, până să devii adolescentă, simțeai deja că ești o persoană minunată. Trebuia să fii, ca să ascunzi acea parte a ta care te făcea să poți urî pe cineva cu atâta violență încât ți-ai fi putut pierde sentimentul de sine.

Cea mai importantă trăsătură a mediului conținător în psihanaliză este actul interpretării. Fiecare pas interpretativ face parte din „susținerea psihanalitică”. Oamenii se simt înțeleși, nu numai prin prezența unui celălalt empatic, ci, de mai mare importanță, prin faptul că analistul înțelege într-un mod inteligent cauza din care această persoană a ajuns în dificultatea în care se află. La acest nivel, interpretarea chiar reprezintă o formă de iubire. A fi cunoscut înseamnă a fi iubit într-un moment crucial al vieții cuiva.

În timp ce-i făceam această interpretare Annei, am vorbit lent și calm. I-am transmis că, firește, acest lucru era menit să se întâmple la un moment dat și că, deși dureros, nu era ciudat. Comunicarea acestui fapt este esențială pentru că, atunci când cineva începe să se prăbușească, persoana trebuie să se confrunte nu doar cu elementul traumatic care a provocat colapsul, ci și cu panica secundară, stârnită de faptul că parcurge o prăbușire psihică. Tocmai această anxietate primară este cea mai toxică și necesită o atenție imediată. Este important să i se transmită persoanei că îngrijorarea sa este de înțeles și că își va reveni.

Să-i spui cuiva că își va reveni poate părea nesemnificativ la un nivel social comun, dar încalcă legile impuse de psihanaliză.

Suntem învățați că psihanalistii nu trebuie să spună așa ceva. Și sunt de acord că nu ar trebui să spunem *niciodată* așa ceva dacă nu o credem întru totul. Nu putem să oferim previziuni cu privire la viitorul niciunui pacient bazându-ne pe presupuneri ori probabilități. Când le vorbim analizanzilor noștri, suntem obligați să le spunem adevărul, iar dacă uneori ne abținem de la un comentariu, astfel comițând poate o minciună prin omisiune, facem acest lucru cu un interes care vizează tactul, nu înșelăciunea.

Când i-am spus Annei că ceea ce se întâmpla era de înțeles și că își va reveni, credeam cu tărie că așa era. Cu sprijinul echipei și având în minte că eram dispus să lucrez din zori până-n noapte, atâta timp cât era necesar pentru a o ajuta să depășească perioada de criză, eram pur și simplu convins că procesul psihanalitic era atât de eficient, atât de inerent transformator, încât își va face treaba. Nu am niciun dubiu că le transmit această încredere pacienților și că propria-mi credință în instinctele de viață (procesul de dezvoltare) joacă un rol important în diminuarea panicii lor.

I-am spus Annei că trecea printr-o prăbușire psihică și că aveam de lucru, precum și măsuri de luat. I-am spus că i-am mai însoțit și pe alții printr-o perioadă de acest tip, că făcea parte din meseria mea să lucrez cu oameni aflați în astfel de circumstanțe, dar că, dacă va fi să depășim criza, va trebui să coopereze cu liniile mele directive.

I-am spus că va trebui să lase deoparte orice responsabilități pentru ziua următoare (vineri) și că voi lucra cu ea de la 9:00 la 18:00. I-am spus că, înainte să plece, îi voi face o programare pentru seara respectivă la dr. Branch, la care mai fusese. Se vor întâlni, apoi va merge acasă, va mânca ceva, nu se va apropia de telefon și se va culca. L-am contactat pe dr. Branch și era pregătit

s-o primească. El i-a telefonat la rândul său lui Edward, pentru a aranja ca ea să fie preluată de la cabinetul meu la ora 18:00.

Prin a-i spune că ne vom opri la o anumită oră, realizăm două lucruri. Afirmam că această ședință *avea limite*, avea un cadru temporal. Acest sens al timpului este foarte important pentru Eu și formează o parte din calea acestuia către recuperare. Frica de infinitate constituie o consecință imediată a debutului oricărei prăbușiri psihice și, astfel, pe măsură ce este mărită durata ședinței, aceasta trebuie temperată de un cadru la care se aderă. Dacă i s-ar spune pacientului: „Nu-ți face griji, putem rămâne aici până când ești pregătit să pleci”, acest lucru l-ar abandona propriei funcționări a Eului, care doar ar crea mai multă panică.

Nu era însă vorba doar de o tehnică terapeutică. Învoiala la care căzusem cu mine însumi era simplă: dacă pacientul nu era capabil să plece la ora stabilită, atunci acest fapt ar fi indicat că nu ar fi posibilă însoțirea acestui pacient printr-o criză, ceea ce m-ar obliga să îl trimit la spital. Așadar, noul cadru reprezenta, în același timp, limita metodei mele.

Utilizând numere — „ne oprim la 18:00” mai degrabă decât „o să ne oprim în două ore” —, mă foloseam de ordinea simbolică. Aceasta avea funcția unui punct de ancorare în cadrul procesului de transformare terapeutică. Orice urma să se întâmple între 9:00 și 18:00 — și știam că se va dezlănțui tot iadul —, aceste numere aveau atât semnificația limitării timpului petrecut împreună, cât și pe cea a timpului acordat inconștientului pentru a-și parcurge criza. Învățasem că oamenii aflați în această stare dețin un simț inconștient care le spune cum să folosească ceea ce li se oferă, atâta vreme cât analistul, drept păzitor al spațiului și al timpului, se supune cadrului.

Anna a spus:

— Dar, Christopher... nu pot să merg să mă vadă dr. Branch. Am o conferință telefonică internațională extrem de importantă în seara asta. Nu pot s-o ratez. Trebuie să particip.

Era foarte motivată profesional și nu era nicidecum neobișnuit pentru ea să lucreze 15 ore pe zi, șase zile pe săptămână. În acest punct, așa cum am menționat anterior, rezistența pacientului la modificarea parametrilor este un semn bun. Demonstrează o reticență la a-i fi perturbată viața, ca și cum Eul ar spune: „Nu mă voi preda. Pot să depășesc asta singur. Mulțumesc pentru îngrijorare, dar o să fiu bine.” În cele din urmă, acele resurse interne se vor dovedi fundamentale pentru recuperarea persoanei, pentru revenirea sa la viața obișnuită și pentru potențialul transformator al prăbușiri psihice.

Astfel că este important ca analistul să confirme validitatea acelor rezistențe.

— Uite, Anna, știu că este importantă pentru tine și îți respect dorința de a participa, îți vei ține conferințele peste câteva zile, dar nu acum.

Când a protestat din nou, i-am spus:

— Nu ești câtuși de puțin în formă pentru asta. Lumea se va descurca fără tine câteva zile și nu te pot ajuta să-ți revii din asta dacă nu suntem de aceeași parte a baricadei.

Acesta este momentul în care analistul și pacientul negociază termenii tratamentului pe parcursul perioadei de criză. Acest contract este vital. Odată ce rezistența pacientului la propunerea de modificare a modului de lucru a fost validată și primită cu empatie, următorul pas este de a ne asigura de cooperarea totală cu noul plan de tratament. Nu există două planuri identice: vor apărea variații cu privire la ceea ce este de făcut, pentru cât timp, cu a cui implicare ș.a.m.d.

Anna locuia singură, dar avea o vecină care îi devenise o prietenă foarte bună și apropiată și știam că aceasta ar fi cea mai potrivită persoană care ar putea-o supraveghea. Vecina știa că ea se afla în analiză la mine și, de vreme ce protocolul meu implică să nu comunic cu prieteni sau membri ai familiei decât în circumstanțe cât se poate de excepționale, am întreat-o pe Anna dacă ar putea să o sune pe prietena sa și să o roage să treacă pe la ea în noaptea respectivă pentru circa o jumătate de oră. Anna urma să-i spună că trece printr-un moment dificil și s-o roage să o viziteze pe parcursul următoarelor câtorva zile. Anna a fost de acord cu acest lucru, iar prietena ei chiar s-a dovedit a fi un asistent esențial pe parcursul următoarei săptămâni.

S-a făcut ora 18:00. Starea ei nu se schimbă. Încă arăta îngrozitor și abia dacă era vag coerentă, dar a reușit să zâmbească și să-mi spună:

— Christopher, dar chiar nu te lași ușor.

Știam că se referea la poziția mea de negociere, la insistența asupra stabilirii unui plan de acțiune, ce reflectase un aspect al personalității mele care probabil că nu ar fi fost evident în circumstanțe analitice normale. Un astfel de moment implică o combinație de îngrijire maternă și structură paternă. Analistul trebuie să mențină un echilibru între furnizarea unui mediu de susținere care să permită și să conțină regresia profundă și, în același timp, aducerea unor elemente paterne, structurante, care să sprijine recuperarea pacientului.

Edward aștepta la ușa cabinetului, pentru a o duce pe Anna la programarea făcută la dr. Branch. Contribuția lui Edward pe parcursul următoarelor câteva zile constituia o altă parte importantă a „îngrijirii” ei permanente, chiar și când era singură. Drumul cu mașina de la cabinetul meu la cel al doctorului

Branch dura 20 de minute și voiam ca Anna să fie însoțită de cineva care știa cum să reacționeze: când să vorbească și când s-o lase să rămână în tăcere.

Mai târziu, am vorbit cu dr. Branch și mi-a confirmat că era vorba despre o prăbușire depresivă, iar Anna era foarte aproape de a nu face față.

Eu însă mă aflu într-o încurcătură. Ar fi trebuit să plec a doua zi la New York, iar apoi să merg la Austen Riggs într-o vizită de o săptămână, unde urma să țin cursuri, supervizări și o prelegere cu public.⁷ I-am scris directorului, Gerrard Fromm, și i-am comunicat că, în mod regretabil, nu mai puteam ajunge, pentru că aveam o pacientă în plină prăbușire psihică. În dimineața următoare, am primit un e-mail de la el, caracteristic nu doar lui, ci întregului etos al comunității de la Riggs. Îmi scrisese că luasem decizia corectă și că îmi sprijineau abordarea, rugându-mă să îl țin la curent cu evoluția pacientei.

Pe vremea aceea, la Riggs avea loc o ședință matinală zilnică, în cadrul căreia asistenții, analiștii și membrii personalului se întâlneau și discutau despre ce se întâmplase de-a lungul nopții. Masa era acoperită cu pahare de plastic cu cafea, în timp ce oamenii se trezeau pentru o nouă zi, pentru a se confrunta cu realitatea faptului că aveau în îngrijire pacienți borderline sau psihotici, iar umorul negru al personalului îi ajuta pe toți să depășească anxietățile aduse de raportul zilnic.

Faptul că ei știau prin ce treceam eu în Londra și ce însemna pentru mine să-mi anulez vizita era o reflexie a empatiei celor de la Riggs. În fiecare zi care a urmat, le-am trimis un scurt mesaj în

⁷ Acelora interesați să citească despre istoria celui mai remarcabil spital de psihiatrie din Statele Unite, le recomand Kubie, Lawrence S. (1960), *The Riggs Story*, New York: Harper & Brothers. (N.a.)

care le scriam cum se simte pacienta mea, iar acesta era inclus în sedința lor zilnică, ca și cum eu și pacienta mea am fi făcut parte din comunitatea de acolo. Am fost foarte mișcat de acest lucru, care a jucat un rol important în propriul meu mediu de susținere.

În dimineața următoare, Edward a adus-o pe Anna la cabinet și ne-am început lucrul la 9:00. La fel ca în cazul tuturor pacienților prezentați aici, nu este posibil, din motive de confidențialitate, să ofer la fel de multe detalii pe cât mi-aș dori, astfel că ceea ce urmează este un scurt rezumat.

Timp de câteva ore, Annei i-a fost greu să vorbească. Pusesem mai multe sticle de apă lângă fotoliul său, iar ea le termina una după alta.⁸ Din când în când, încerca să vorbească, apoi se afunda din nou în fotoliu, îndepărtându-și picioarele și ținându-și mâinile încleștate între ele, ca și cum ar fi încercat să-și găsească întâi corpul, înainte să poată fi rostite cuvinte. Din vreme în vreme, eu spuneam: „Acordă-ți tot timpul necesar, nu e nicio grabă”, iar ea se relaxa din nou în fotoliu și își fixa privirea în gol. Apoi, i-a ieșit brusc din gură cuvântul „Bine” și a început să descrie mult mai detaliat ce-i spusese prietena, unde i-o spusese și de ce era atât de tulburător. S-a uitat la mine, lacrimile șiroindu-i pe obraji:

— Cum pot oamenii să fie atât de îngrozitori? Cum poate o prietenă loială să fie așa de, așa de...

— De rahat?

— Da, cum poate fi așa de rahat?

— Ei bine, nu știu. N-o cunosc pe Griselda. Ai atât de mulți prieteni, încât mi-e greu să-i țin bine minte pe toți.

⁸ Întotdeauna pun la dispoziție foarte multă apă. În stări de mare tulburare, oamenii se deshidratează cu ușurință, așa că vizez și acest aspect, dar mai este vorba și despre un important aport simbolic în timpul acestei perioade a analizei. (N.a.)

— Nu i-am dat niciodată vreun motiv să se-nfurie pe mine sau să-mi spună așa ceva.

— Poate, dar tu ești oarecum centrul unei comunități extraordinare de oameni care te adoră.

— Ce vrei să spui cu asta?

— Oamenii te iubesc; tu iubești faptul că ei te iubesc. Mă aștept ca Griseldei să-i fi sărit țandăra.

— E, hai, adică nu i-am dat niciodată vreun motiv să îmi spună așa ceva. Niciodată. Niciodată nu i-am dat.

— Atunci poate era singurul ei mod de a se face auzită.

— Nu e greu să-i aud pe ceilalți! Cred că sunt deschisă la orice spune oricine! [pauză] Christopher, ție ți se pare că mi-e dificil să-i aud pe ceilalți?

— Da, așa mi se pare.

— Așa ți se pare?

— Da, ești atât de spumoasă și de absorbită de tine însăși încât n-am nici cea mai mică idee ce se-ntâmplă în interiorul tău atunci când nu ți-e bine, când lucrurile nu sunt tocmai excelente.

— E, atunci mai du-te dracului!

— Mmm.

— Ei... Adică... Serios? Chiar nu știi? Ce vrei să spui cu „când nu mi-e bine”? Despre ce vorbești?

— Anna, tu poți fi artificială. Încerci să treci prin viață ca și cum totul ar fi doar o plimbare veselă prin soare. Și poți face asta ținându-te la distanță de oameni, la fel cum mă ții și pe mine la distanță. Ești minunată, puternică, sclipitoare; ai multe părți interne sănătoase. Dar... poți fi falsă.

— Nu știu așa ceva. Nu știu... Vreau să spun...

În acest punct, s-a micșorat în fotoliu, o vreme n-a mai vorbit, a desfăcut încă o sticlă de apă, s-a ridicat să meargă

la toaletă, s-a întors, s-a așezat, iar apoi a început să plângă. Plânsul a continuat lent și ritmic timp de o oră sau chiar mai mult, apoi s-a oprit. Era 12:30, venise timpul pentru pauza noastră de masă și i-am spus c-o aștept la 13:15. I-am spus și că e o cafenea la colțul străzii, de unde putea să-și ia un sendviș, și s-a întors la timp.

Pauzele sunt foarte importante; fie că e vorba de weekend, de o vacanță sau chiar de o oră, pauza creează o schimbare de spațiu, iar acest fapt aduce o nouă perspectivă. Pacientul trebuie să se îndepărteze de celălalt pentru a putea gândi diferit.

Anna se gândise și transformase ceea ce-i spusese în propriile ei gânduri. Timp de o oră nu a spus nimic, dar era mai puțin deprimată și părea pe gânduri.

— Ok, am înțeles. Cred că ai dreptate că sunt artificială. Știu asta. Cred că am *știut* asta întotdeauna, Christopher, doar că nu știam ce să *fac* în legătură cu asta. A părut mereu să meargă. Făcea ca acasă să fie liniște și pace, ca tata să fie fericit, ca eu să nu sar la gâtul mamei și, mai apoi, să fac sex fabulos cu bărbați fantastici de zece ani încoace. Viața era minunată și m-am descurcat bine, dar...

— Ești mereu în mișcare, în fugă, ca să nu-ți dai ocazia să te gândești la tine însăși.

— E, cine-ar vrea să facă asta? [a râs] Adică, ok, ai dreptate, dar nu sunt așa sigură că relațiile chiar funcționează... și știu că sunt singură, dar pentru mine este în regulă.

A fost ca și cum Anna ar fi primit o lovitură în spate. A tușit și s-a aplecat în față, apoi și-a îndreptat spatele, m-a privit fix în ochi, a zâmbit, a izbucnit în lacrimi și-a continuat să plângă.

— Ah, căcat, Christopher, *ce-o să mă fac?*

— O faci deja.

- Sunt în mare belea.
- O mică belea.
- Cum! O *mică* belea?
- Am văzut belele mult mai mari.
- A, super, norocosul de tine!

A rămas în tăcere 15 minute, a mai băut niște apă, iar apoi a urmat o lungă istorisire despre mama ei, copilărie și primii ani de viață adultă.

La 17:55, i-am spus că ne vom opri în cinci minute. Edward a venit s-o ia și a dus-o acasă. I-a telefonat doctorului Branch, așa cum stabiliserăm, a luat masa cu vecina ei și s-a băgat în pat extenuată, dormind toată noaptea.

Ședința mersese bine. Anna știa că se dezintegrase, că fostul ei sine capitulase și că se va crea unul nou. Sau, cu alte cuvinte, sinele fals, derivat din apărările împotriva urii din copilărie față de mama sa, se prăbușise, iar acum ceva mai adevărat pentru ea își făcea apariția. Deși existaseră momente îngrijorătoare în ședință — când se pierduse în spațiu, părând că se golește de ea însăși —, se întorsese de fiecare dată.

Comentariile mele erau frecvent directe și de confruntare, întrucât adesea intuiesc ca fiind corectă în astfel de momente adresarea într-un limbaj colocvial. Un efect secundar al exprimării concise și al onestității este că sunt digerabile (au un soi de aromă psihică plăcută) și, dacă sunt însoțite de afecțiune, stârnesc afectul în analizand și mobilizează agresivitatea generativă.⁹ Această agresivitate reprezintă o parte esențială din a fi o ființă umană. Nu este un joc drăgălaș, idealizat, ca-n *Sesame*

⁹ Winnicott privea agresivitatea ca fiind înrudită cu mobilitatea. Aceasta constituia o indicație cu privire la capacitatea sinelui de a utiliza obiectul într-o manieră esențială și necesar neîndurătoare; un mijloc pentru sinele adevărat de a fi el însuși, înconjurat fiind de complezențe relaționale. (N.a.)

*Street*¹⁰, ci jocul inteligenței și al adevărului: un joc care atinge miezul lucrurilor. Asemenea glumei, acest tip de joc constituie o experiență emoțională, condensând în concizia sa multe dintre preocupările inconștiente ale persoanei.

Un astfel de joc are loc de la Eu la Eu. Comentariile mele, comentariile ei făceau parte dintr-o mobilitate a gândirii în continuă desfășurare, care îi aducea la suprafață afectul din nou și din nou. Chiar și pe măsură ce cobora în adâncimile depresiei sale, construia, simultan, noul sine care urma să se nască din această experiență. Bineînțeles că ea nu știa acest lucru, dar eu fusesem deja de multe ori martorul acestui aspect — prezența recuperării în toiul prăbușirii psihice — și mă simțeam relaxat în privința sa.

Duminică, Anna a ajuns la 9:00. Era tulburată.

— Christopher, am făcut pe mine.

— Bun.

— Eram... eram azi-dimineață în pat și fără să mă gândesc sau fără măcar să știu, deodată tot patul s-a inundat cu rahat, iar eu eram acoperită cu el.

— Tulburător.

— *Asta* a fost o afirmație mult prea modestă. Inițial nu mi-a venit să cred, dar după aceea am realizat. Așa că, m-am ridicat, m-am băgat în duș, m-am curățat de tot rahatul, apoi m-am dus înapoi în dormitor, am strâns toate cearșafurile, le-am pus la spălat și... în fine...

— Deci, ai rezolvat.

— Da, dar am făcut pe mine. *Asta* înseamnă ceva. Înseamnă că sunt într-o reală belea.

¹⁰ *Sesame Street* este un serial de televiziune american, educativ, pentru copii, devenit foarte popular în special datorită scheciurilor care îi includ pe Muppets, un grup de personaje-marionete, cunoscute pentru stilul lor stângaci, burlesc și meta-referențial. (N.t.)

— Anna, cred c-a fost un lucru bun.

— Ce?

— Până acum, ai deținut un *prea* mare autocontrol, ținându-ți tot rahatul înăuntru. Așa că, ai avut parte de-o odihnă bună, te-ai calmat și te-ai simțit îndeajuns de liberă să lași o parte din rahat să iasă.

— Glumești?

— Firește că nu.

— Dar nu pot să continui să tot fac pe mine așa!

— Dacă mă-ntrebi pe mine, Anna, cred c-ar fi un lucru bun dac-ai avea ceva mai mult rahat pe tine decât ai.

În acest punct, Anna a izbucnit într-un râs zgomotos și a continuat să mustăcească încă zece minute.

— Bun, deci, am înțeles. Acest proces este unul în care ar trebui să plec de-aici simțindu-mă de rahat, iar apoi să m-acopăr cu rahat, ceea ce e un lucru bun, nu?

— Trebuie să mă gândesc la asta.

— Te-am încurcat.

— Da.

— Bravo mie!

A trecut un timp, apoi am spus:

— Cred că ce spuneai este, de fapt, destul de profund. *Chiar* cred că dacă ai fi mai puțin imaculată și mai reală, poate chiar lăsând să se vadă că ești un pic de rahat, că ai gânduri de rahat, atunci n-ai mai forța prieteni ca Griselda să-ți dea una pentru că ești atât de deranjant de grozavă.

Anna a tăcut. S-a uitat în stânga și apoi împrejur, prin încăperea, într-o postură pe care o mai văzusem și care însemna „asta chiar îmi dă serios de gândit.” Apoi, după zece minute:

— Cred că înțeleg. Atitudinea mea nu funcționează. Nu pot să păcălesc oamenii făcându-i să creadă că sunt atât de minunată dacă eu știu că nu sunt. Ei știu că nu sunt, deci trebuie să devin reală. Înțeleg. Deci, cât crezi că mai trebuie să stau aici? Adică, cred că înțeleg, așa că acum pot să plec, sau în vreo oră, nu?

— Știi, Anna, tocmai ne-ai demonstrat ceva: cum că ești un fel de elev care nu învață, ci le prinde din zbor. Ai prins ceva important, dar acum te folosești de acel lucru pentru a fugi de-aici și a fugi de lucrul respectiv; pentru a-l reduce la un insight intelectual.

— Ah, rahat!

— Exact.

— Deci, nu mă crezi cu ce-am spus?

— Ba da, te cred. Dar cred că îți exploatezi mintea pentru a evita experiența emoțională implicită insightului la care tocmai ai ajuns.

— La ce te referi?

— Cred că încerci să fugi din încăperea asta cât poți de repede. La primul semn de recuperare, care chiar cred că are loc, o să fugi de-aici la fel cum ai fugit din familia ta; să evadezi înainte de a fi trebuit într-adevăr să treci prin procesul de a ieși din rahatul care era în mintea ta, în familia ta.

— Isuse, știi, uneori aș vrea efectiv să te omor. Ești atât de al dracului de inteligent. E atât de enervant.

— Anna, nu e vorba că sunt inteligent. Ceea ce tocmai ai făcut aici și acum este evident. Este ceea ce văd prietenii tăi și, nu uita... tu ai ales să mi-o arăți și mie. Deci, de fapt nu-i vorba decât de propria ta onestitate.

A urmat o tăcere de vreo oră. Acest moment este greu de descris, dar a fost transformator. Anna dobândise înțelegere, dar își folosisese intelectul pentru a încerca să fugă, iar eu o confruntasem. Punctând faptul că propria ei dezvăluire în această privință și nu deșteptăciunea mea condusese la a discerne acest fapt, co-lizasem cu partea ei care chiar dorea să lucreze cu ea însăși, care nu voia să evadeze din fața problemelor printr-o soluție falsă și maniacală.

Anna a venit la mine timp de trei zile, de la 9:00 la 18:00. La finalul celei de-a treia zi, ieșise din miezul prăbușirii psihice și i-am spus că, pentru următoarele două săptămâni, voiam să o văd zilnic, inclusiv sâmbăta, pentru ședințe de 45 de minute. I-am stabilit o dată de încheiere. Până la acel moment, vorbisem cu dr. Branch, Anna îmi spusese părerea vecinei sale („Cred că începi să-ți revii, Anna”), iar cadrul temporal părea adecvat nevoilor Eului.

După două săptămâni, am revenit la ritmul obișnuit al ședințelor ei.

Prăbușirea psihică a Annei era inevitabilă. Chiar cred că incredibila ei putere fusese cea care o împiedicase să se întâmple mai devreme. A avut loc în modul în care a făcut-o pentru că ea se afla în psihoterapie și din cauza unui concurs de împrejurări: una dintre care, în mod întâmplător, fusese anticiparea plecării mele timp de o săptămână. Amândoi am învățat multe din această experiență, dar ceea ce învață pacientul despre el însuși este acel lucru care transformă. Învățarea care are loc pe parcursul colapsului sinelui este o învățare emoțională profundă. Este saturată de gânduri care poartă adevărul sinelui, iar din experiența mea, atâta vreme cât psihanalistul rămâne alături de persoana respectivă în timpul acestei tranziții, va funcționa.

La Emily și la Anna, debutul prăbușirilor a fost brusc și derivat dintr-o interacțiune traumatică foarte recentă. Cu toate acestea, în ambele cazuri eu eram conștient de defectele fundamentale care existau în personalitățile lor și, deși nu putem ști cum le-ar fi mers în continuare dacă n-ar fi fost încolțite de realitate, mă gândesc că n-ar fi fost decât o chestiune de timp până să se împotmolească și să ajungă neajutorate. Structura analizei — sub forma interpretărilor cu privire la viețile lor și a transferului față de mine — a constituit o fundație care fusese deja construită înaintea instalării crizei, iar aceste aspecte ale analizei sunt cele cruciale în cadrul travaliului cu persoane care parcurg o prăbușire psihică.

Mark

Mark era un bine-cunoscut pictor; de foarte mare succes, solitar, dar abil în societate și fermecător când contextul o cerea. Și-a început analiza la vârstă mijlocie, din motiv că nu fusese nicio dată îndrăgostit și pentru că fusese de acord cu opinia prietenilor săi, că era distant și imposibil de cunoscut. Deși iubea pictura, chiar și aceasta începuse să-i pară mai degrabă un demers comercial, decât un act creativ.

A început cu ușurință să asocieze liber, era un analizand foarte productiv și, în primii doi ani ai analizei, a obținut noi insight-uri cu privire la sine însuși, a început să se întâlnească cu femei și a învățat de pe urma eșecurilor în contactele relaționale. Din punct de vedere transferențial, menținea o distanță neutră față de mine, deși uneori, când se afla într-o călătorie, îmi trimitea scrisori pline de căldură, afecțiune și apreciere.

Apoi, din cauza unor circumstanțe de viață, a trebuit să părăsească Londra și să se mute în Seattle și m-a întrebat dacă am putea continua analiza la telefon. Pe vremea aceea, eram sceptic în această privință, dar am fost de acord să încercăm pentru o perioadă și să vedem dacă funcționează. Am stabilit datele când urma să vină în Londra, ocazii cu care să ne putem vedea față în față și, în același timp, se întâmpla ca eu să țin seminarii

și în Seattle, unde obișnuiam să închiriez un apartament în care aveau loc cursurile, așa că ne puteam întâlni și acolo.

Încă doi ani, Mark a continuat să facă schimbări pozitive. Cel mai important, pentru prima oară în viață se îndrăgostise și înțelesesem de ce acest lucru nu fusese posibil până atunci. În primii săi patru ani de viață, mama lui fusese depresivă, iar când avea 12 ani, trebuise să facă față morții tatălui său, de care se înstrăinase. La acel moment, sufletul lui Mark înghețase, iar el se hotărâse să nu-i mai ofere niciodată afecțiune nimănui. Avea un comportament adecvat față de mama sa, dar resimțea o furie profundă și de neclintit față de ea, pentru a fi eșuat în ce-l privea în primii săi ani de viață. Crezuse că numai prin intermediul unei independențe aproape fanatice reușise să aibă succes în carieră. Atunci când femeile se îndrăgosteau de el — ceea ce se întâmpla destul de des — le disprețuia din start, pentru că avea senzația că ele încercau să interfereze cu loialitatea sa față de sine însuși. Obișnuia să nu participe la deschiderile expozițiilor sale, retrăgându-se acasă, pentru că simțea că oamenii „profitau” de succesul lui și că, dacă n-ar fi fost atât de bun în profesia sa, nu ar fi prezentat niciun interes pentru nimeni.

Așadar, când Mark s-a îndrăgostit de Joyce, se afla pe un teritoriu complet nou. Era o relație tumultuoasă. Ea era cu cincisprezece ani mai tânără decât el, tot artistă, înzestrată sexual, exotică. Și îi împărtășea obiceiul; așa cum el dispărea uneori, la fel făcea și ea. Această oglindire a lui însuși, o parte a propriului caracter al lui Joyce, îl dezarma pe Mark, dar îi crea și o anxietate disperată. Analiza faptului că proiecta asupra ei ura și sentimentul de răzbunare față de mama lui l-a ajutat să își explice într-o oarecare măsură reacția pe care o avea la disparițiile ei,

înțelegând că acestea reprezentau încercarea ei de a-și depăși fricile de a fi dependentă de el. Dar de suferit, suferea cumplit.

După un an de trăit împreună, amândoi au regresat. Joyce a devenit maniacală și violentă, aruncând cu obiecte în el și ținându-l la el în locuri publice, iar el reacționa prin a reveni într-un spațiu de suferință cultivat, pe care îl cunoștea bine și pe care îl folosisese împotriva părinților săi. Dar acest lucru începea din ce în ce să nu mai funcționeze. Din senin, avea accese de furie extrem de puternice și, într-una dintre ocazii, a distrus aproape toată mobila din apartamentul lor, iar apoi s-a prăbușit într-o poziție fetală și a rămas așa timp de câteva ore, după care a plecat de acasă.

Apoi, Mark a descoperit, spre oroarea sa, că Joyce era o hoată. Nu o simplă amatoare, ci o semi-profesionistă. A dat întâmplător peste locul în care ascundea bijuteriile furate, iar atunci când a confruntat-o, ea i-a răspuns că firește că le furase, de la petrecerile la care merseseră împreună. Cum altfel ar fi putut să-și susțină financiar cariera? Poate că el era un artist de succes, dar ea nu era, așa că avea nevoie de banii respectivi.

Mark s-a decis să încheie relația și, cu acest scop, a apelat la foarte vechile stiluri de respingere păstrate intern. Știa cum să devină cu totul de gheață față de cineva, de vreme ce aplicase strategia de multe ori cu părinții lui, dar era evident că de această dată nu funcționa. O iubea încă pe Joyce. În timpul conversațiilor noastre telefonice, existau pauze lungi pe parcursul cărora eu simțeam nu o distanțare, ci o neajutorare care devenea din ce în ce mai densă. În timpul unei ședințe de miercuri, mi-a fost limpede că Mark se îndrepta înspre o prăbușire psihică, așa că i-am spus că ne vom întâlni ziua următoare, la ora 16:00. Am reușit să găesc un zbor către Seattle și ne-am întâlnit a doua zi, la hotel.

Fusese surprinzător faptul că Mark nu ripostase în niciun fel la afirmația mea că ne vom vedea ziua următoare, dar atunci când ne-am întâlnit nu mi-a fost greu să înțeleg de ce. Când i-am făcut cu mâna în holul hotelului, nici nu s-a clintit. M-am apropiat de el și i-am spus „Urmează-mă”, iar el a făcut-o asemenea unui zombi.

Am vorbit de la 16:00 la 18:00. I-am spus că vom lucra în fiecare zi de la 9:00 la 18:00, cu o pauză de o oră la prânz; că nu știam cât va dura până vom reuși să-l facem să răzbată din criză, dar că nu ar trebui să se preocupe cu acest lucru. Am trecut în revistă regulile de lucru. I-am spus că nu voiam ca el să vină cu mașina la ședințe și i-am cerut să aranjeze astfel încât să vină cu un taxi. I-am spus că eram de părere că trece printr-o prăbușire psihică — a încuviințat din cap — și i-am mai spus că ne așteaptă niște zile dificile, dar că eu aveam toată încrederea că, dacă o să ne ținem de planul stabilit, o să izbândim. Contactasem un psihiatru/psihanalist local pe care îl cunoșteam de la seminariile mele și acesta mi-a confirmat că îmi va sta la dispoziție dacă voi avea nevoie de el. Știam de un spital local la care puteam apela, iar hotelul colabora cu o companie de taximetrie bună.

Dimineața următoare, Mark a ajuns la timp, la 9:00. Părea mai calm și era îmbrăcat cu gust. Am ajuns în camera pe care urma s-o utilizăm drept cabinet, a văzut șirul ordonat de sticle de apă și a spus: „Mulțumesc, ce drăguț”. S-a întins pe canapea, iar eu m-am așezat în spatele lui. Nu a spus nimic primele cincisprezece minute, dar a băut de câteva ori dintr-o sticlă de apă. De fiecare dată, înșuruba înapoi dopul cu mare atenție, privindu-l foarte concentrat în timp ce o făcea.

— Bun!

A râs, apoi a spus:

— Deci, de unde să încep?

Dar abia dacă îi ieșiseră bine cuvintele din gură, când s-a întors pe o parte, cu fața la perete și a dat drumul unui hohot indescritibil. Fusese un fel de sunet exploziv, care s-a transformat apoi într-un plâns intens, ce a continuat timp de două ore. Din când în când, se oprea pentru câteva clipe, uneori mai bea niște apă, o dată sau de două ori a mers la toaletă, apoi se întorcea pe canapea, se așeza cu fața la perete și reîncepea să plângă. Era incapabil de a vorbi și nici eu nu spuneam nimic.

Mai târziu, când a început în cele din urmă să vorbească, vocea îi era răgușită și părea înăbușită cu afect. „De ce?“, a tot repetat cinci minute în șir. „O iubesc. De ce-a făcut asta?“ Deși vorbea cu voce tare, acestea nu erau întrebări care să mi se fi adresat mie, așa că am rămas în tăcere. Curând s-a făcut amiază, a plecat pentru o oră să mănânce și am reluat la ora 13:00.

Restul zilei a decurs cam în aceeași notă. Comentariile lui au continuat să fie propriu-zis retorice, iar eu descoperisem deja acest lucru ca având o funcție esențială în autorecuperare. Persoana trebuie inițial să-și audă propriile gânduri, să le audă ecoul în spațiul psihanalitic, înainte ca analistul să înceapă să facă vreun comentariu asupra lor. Această etapă formează o parte a unei tranziții de la reacția la criza actuală către trauma subiacentă pe care cea dintâi a activat-o. Prima legătură va fi creată de afectul analizandului, iar odată ce acest lucru a avut loc, ceea ce spune analistul va avea o cu totul altă semnificație.

În jur de ora 16:00, Mark a devenit mai contemplativ. Plânsese aproape pe tot parcursul zilei, băuse câteva sticle mici de apă și se întorsese des de pe-o parte pe alta pe canapea, deși fuseseră și perioade lungi de timp în care nu se mișcase, dar nici nu adormise. Apoi, pe un ton calm, a spus că era atât de ciudat; trebuise

s-o respingă, nu-și dorise să facă acest lucru și, totuși, *el* era cel care se simțea abandonat.

— Mi se pare că-i așa de ciudat, pentru că în trecut nu lăsam pe nimeni să se-apropie de mine sau le trânteam ușa în nas, iar asta-mi dădea un sentiment de satisfacție. Voiam să le rănesc. Pe Joyce însă nu voiam s-o rănesc. O iubesc. Trebuia s-o fac, dar nu sunt sigur că pot să supraviețuiesc faptului c-am făcut-o.

— Cred că dacă bebelușul de un an din tine ți-ar putea vorbi despre cum trebuia s-o respingă pe mama ta din cauza depresiei și a răcelii ei, exact asta ar spune.

— Că eu a trebuit s-o resping și tot eu mă simțeam abandonat?

— Da, așa cred.

— Are atâta sens ce spui. Mama mea nu era o femeie rea, era...

În acest punct, a rămas în tăcere, iar apoi a plâns încă o oră. Era prima oară în toți anii de când îl cunoșteam când exprima orice fel de sentiment față de mama sa, iar acum se afla în adâncurile unei suferințe de doliu până la acest moment amânate.

Am avut senzația că ora 18:00 a venit prea devreme. L-am anunțat cu vreo cinci minute înainte de încheierea ședinței. I-am spus că aș prefera să mergă direct acasă, să mănânce ceva și să se culce devreme și că ne vom revedea dimineața următoare la ora 9:00. N-a spus niciun cuvânt și a ieșit din cameră gârbovit, părând stors de energie.

A ajuns la timp a doua zi de dimineață și mi-a spus că după zece minute după ce mâncase ceva ușor, se băgase în pat și dormise douăsprezece ore. Știam din experiență că aceasta era o consecință foarte comună a unei ședințe de-o zi întreagă. Pacientul este epuizat în urma analizei și, de obicei, doarme pe tot parcursul nopții.

Și-a cerut scuze și mi-a spus că nu-i trece nimic prin minte. A urmat cam jumătate de oră de tăcere, a băut dintr-o sticlă de apă, apoi a mers la toaletă, s-a întors și părea calm.

— Mă gândesc la cum respingerea mi-a devenit abandon. Cred că am practicat asta toată viața. Greșit. Cred că am practicat-o pe vremea când eram copil pentru o perioadă îndeajuns de lungă încât să-mi devină o a doua natură. Numai că atunci îmi făcea plăcere să o fac, pentru că nu mai simțeam că eram abandonat, ci că alții trăiau experiența de a fi fost abandonați *de mine*. Le-am făcut foarte mult asta mamei și tatălui meu.

— Are sens, nu-i așa?

— Pentru că îmi dădea satisfacție?

— Pentru că transformai o situație în care erai neajutorat într-una în care dețineai controlul.

— Uau, asta chiar explică multe.

A rămas în tăcere timp de o oră. Scurtul nostru schimb de replici este tipic acestui tip de travaliu. Acesta era momentul în care era pregătit să înțeleagă cum personalitatea sa se structurasese în jurul unei apărări față de experiența emoțională a abandonului. Când un pacient ajunge la acest tip de insight, obișnuiesc să îl ajut să vadă care a fost sensul apărărilor sale din copilărie.

Am mai descoperit și faptul că, în timpul unei prăbușiri psihice, pacienții pot integra numai o anumită doză de interpretare, după care au nevoie de lungi perioade de tăcere. Acestea nu sunt momente de introiecție; nu cred că ei iau propriu-zis ceva înăuntru din ce-a spus analistul. Mai degrabă, cred că ceva cunoscut, dar nu gândit (cunoscutul negândit) este eliberat datorită comentariului analistului. De aceea, este foarte important ca analistul să dispară ca prezență interpretativă, să-i acorde pacientului timp pentru întregul proces de apariție

al cunoscutului negândit, trecând prin amintiri, experiențe emoționale și asociații libere.

A venit ora prânzului și am reluat după o oră.

Mark a tăcut o vreme, iar apoi a început să vorbească despre Joyce.

— Cred c-am ales-o pe ea pentru c-o puteam iubi. În pauză, mi-a venit în minte o întrebare: „De ce-am iubit-o atât de mult?” Și știu că motivul era că îi puteam simți vulnerabilitatea, o vedeam cum se luptă cu ceva impenetrabil și o iubeam pentru asta.

— O vedeai cum se luptă cu tine.

— Cu răceala mea.

— Da.

— Și mi-a supraviețuit și a continuat să încerce și nu s-a dat niciodată bătută.

Această afirmație a fost urmată de încă o tură de plâns, iar apoi, după vreo cincisprezece minute, a continuat, spunând:

— O iubeam, dar mă distrugea. Era prea mult.

— Cred c-ai încercat din nou și din nou, când erai mic, să creezi o conexiune cu mama și cu tatăl tău. Iar, după o vreme, ai simțit că asta te distrugea și ai renunțat. Joyce e prima persoană cu care ai împărtășit experiența asta, iar ea era, într-un fel, oglinda ta.

— Era în locul meu.

— Da, cred că da.

— Eu cred că știu că da. Cele mai îngrozitoare momente erau când îmi dădeam seama că începeam să... să... of...

— S-o urăști?

— Da, s-o urăsc. Credeam că e bine să se-ntâmplesse asta. Părea s-ajute. Cred că voiam să continue.

- Ca întotdeauna, ar fi făcut lucrurile mai ușoare.
- Da, și... dar...
- Nu funcționa, pentru c-o iubeai.

Mark a plâns din nou mult timp. Apoi, vreo două ore, a rămas în tăcere și părea să fie pe gânduri. S-a ridicat de două ori și a mers la toaletă; apoi a desfăcut o nouă sticlă de apă și a băut-o pe toată. Firește că știa că sunt în încăpere, dar era pierdut într-o lume cu totul a lui și părea să nu fie nicio nevoie de a ține cont de prezența mea sau de a face gesturi sociale de curtoazie. Îmi amintea de copiii mei, pe vremea când erau în pătuțurile de bebeluș și nu făceau decât să se uite prin jur și să pară mulțumiți.

După o lungă perioadă, mi-a spus că i se părea că se simte bine. A vorbit despre de ce știa că trebuise s-o părăsească pe Joyce și a enumerat motivele pentru care imaturitatea și impulsivitatea ei erau pur și simplu prea înnebunitoare. Mi-a spus că acum știa că putea iubi și că putea avea o relație, iar apoi a ajuns la o temă pe care eu o enunțasem de multe ori de-a lungul analizei: că observasem cum, treptat, făcuse din ce în ce mai mulți pași înspre a-și găsi o parteneră potrivită. A continuat prin a-mi spune că era de părere că aveam dreptate. Nu mai avea de gând să piardă timpul cu orice femeie; va găsi pe cineva care să i se potrivească.

Vocea și gestică i se schimbaseră. Depășise prăbușirea psihică. Mi-a spus că în ultimele două nopți se simțise mai epuizat decât se simțise vreodată și că dormise profund, simțind că somnul în sine îl vindeca. În jur de ora 16:00, a început să se agite și i-am spus că mi se pare că a ieșit din criză și că atmosfera din cameră era diferită.

— Până acum cam jumătate de oră, n-am avut niciun sentiment al trecerii timpului aici. M-am ridicat numai ca să mă

duc la toaletă. Când mi-ai spus prima oară că era ora prânzului, am avut senzația că nu eram aici decât de câteva minute și că timpul pur și simplu zburase. N-aș fi crezut niciodată că mi-aș mai putea reveni după pierderea lui Joyce, așa că sunt destul de uimit că am putut s-o fac.

— Ți-am dat timp, și tu ți-ai dat timp.

— Ei bine, da, e adevărat. Săptămâna trecută, eram cuprins de panică. Aveam coșmaruri îngrozitoare și un sentiment de pierdere intolerabil. Credeam că nu voi putea să-i supraviețuiesc.

— Da, ai exprimat cu siguranță pierderea ei aici, iar asta a onorat sentimentele pe care i le-ai purtat.

— Da, e un mod ciudat de-a pune problema, dar pertinent. Am încercat din răputeri să fac lucrurile să meargă cu ea, dar ea nu putea s-o scoată la capăt. Sper că-i va fi bine.

A vorbit apoi despre Joyce și despre cum o putea ajuta în lunile următoare. Ea nu se descurca prea bine, iar el se gândea cum ar putea să-i ofere un ajutor financiar, menținându-se totuși la distanță.

Mai având la dispoziție cam o oră, i-am spus că mi se părea că ne-am îndeplinit sarcina și că putem să reluăm analiza la telefon în două zile. Mark a spus că era în regulă. La 18:00, s-a ridicat, ne-am strâns mâinile, mi-a spus „Îți mulțumesc foarte mult”, iar eu i-am răspuns: „Ține de meseria mea”. A ieșit pe ușă, iar eu mi-am făcut valiza și am plecat spre aeroport.

Istorii și *après-coup*

În cadrul eseurilor anterioare, am făcut distincție între trecut și istorie.¹¹ Trecutul constituie experiența brută, trăită de noi înșine, pe parcursul existenței noastre de ființe între alte ființe. Dar faptele vieții noastre nu au o mare semnificație, atâta vreme cât și până când nu sunt supuse transformării inconștiente. Niciun act comis de noi, niciun act comis asupra noastră, niciun eveniment din trecutul nostru nu deține o semnificație atâta vreme cât nu îi acordăm noi una. Cu toții avem un trecut, dar nu toți avem o istorie.

Unii oameni s-au gândit mult la trecutul lor; și-au creat *istorii*. În psihanaliză, acele istorii sunt importante, întrucât reflectă travaliul de transformare a experienței trecute dintr-un lucru lipsit de semnificație în ordinele imaginar și simbolic care generează sens. Este însă posibil ca aceste istorii să fie suprasaturate cu amăgiri de sine al căror scop este adesea, dacă nu mereu, de a distrage privirea de la elementele dureroase din trecut. Așadar, o parte din munca psihanalitică este una de reconstrucție a multora dintre istoriile sinelui sub forma unei versiuni revizuite, co-construite, care este produsul analizei.

¹¹ Vezi Bollas, Christopher (1995). „The functions of history”, în Bollas, Christopher, *Cracking Up*. New York: Hill & Wang, pp. 66–100. (N.a.)

Păstrând în minte faptul că nu vom înțelege vreodată decât o mică parte din psihicul nostru, este îmbucurător faptul că actul istoricității pare să extragă informații din inconștient. Una dintre funcțiile inconștientului este de a depozita experiențele tulburătoare ale sinelui-copil până la momentul din viitor în care vor fi transformate în narațiune și în conținut conștient. Este ca și cum impactul realului este reținut inconștient și i se acordă o prioritate psihică, astfel încât, dacă devenim istorici ai sinelui, la un moment ulterior al vieții, aceste zone ne sunt trimise cu specificarea de „predare urgentă” Cu siguranță că prezența analistului, care nu doar că își prezintă interesul față de trecut, ci face o meticuloasă trecere în revistă a evenimentelor recente, pentru a crea apoi legături între acestea și istoria din vechime, afectează inconștientul analizandului și deschide poarta către eliberarea din biblioteca inconștientului a materialului de sursă primară.

Istoria realcătuită pe parcursul prăbușirii psihice a unui individ este de obicei una foarte clară. Este simplu să-i explicăm acestuia de ce se află într-o criză. O prăbușire constituie un gestalt paradoxal: un moment de fragmentare a sinelui reprezintă, în același timp, un moment de reînchegare în interiorul sinelui. În cele din urmă, efectul este mai degrabă unul de constituire decât unul de fisurare. Cu toate acestea, întrucât acum se autoafirmă forma adevărului sinelui, strategiile utilizate anterior pentru a-l amâna, a-l evita și a-l menține cu orice preț la distanță încep să se prăbușească, iar acest lucru alarmează Eul, al cărui scop este de a apăra sinele de pericolele endopsihice.

Acesta este unul dintre acele momente în care interesele Eului și cele ale sinelui se află în conflict. Pentru sine, are loc începutul emergenței unui adevăr, sub forma unei crize existențiale impregnate cu semnificație latentă. Pentru Eu, această irumpere

este resimțită drept o amenințare asupra apărărilor de mult stabilite împotriva forței inevitabile a ieșirii la suprafață a acelui adevăr.

În momentul prăbușirii psihice, are loc întâlnirea dintre două forme de trecut: trecutul imediat, al evenimentului care marchează instalarea crizei; și copilăria pacientului. Condensarea evenimentului critic care a pus sinele în mișcare, pe baza aceluiași mecanism utilizat în formarea viselor, necesită o deconstrucție prin asociere liberă și o saturare emoțională, înainte de a-i putea fi spusă povestea. Pe măsură ce are loc acest travaliu, experiența recentă notifică multiplele stadii din trecutul sinelui cu privire la faptul că acum a venit timpul libertății de informare, ceea ce conduce la formarea de legături între trecutul recent și copilărie.

Ne-am putea aștepta ca această descoperire să aibă un efect revelator, dar, în fapt, am descoperit că se întâmplă altceva. Deși întâlnirea dintre cele două forme de trecut este profundă și emoționantă, conținutul nu este în general unul surprinzător.

Mark și-a construit apărări pentru a nu le permite oamenilor să pătrundă în interiorul său, din cauza faptului că avusese o mamă paranoică. Știe să facă acest lucru. Apoi se îndrăgostește, îi permite iubitei să se apropie de el, ea pleacă, iar el se prăbușește. La prima vedere, motivele prăbușirii par destul de evidente și totuși, într-o manieră care ne dă de gândit, deși astfel de explicații se poate să nu fie noi, pe măsură ce analistul și analizandul exprimă aceste descoperiri simple în cadrul noii situații, majoritatea analizanzilor găsesc că trecutul li se prezintă sub o nouă formă; una în care este reafirmat sau povestit într-un mod diferit. Pare că, în acest punct, nu conținutul trecutului este cel terapeutic, ci *actul de creare a istoriei*, ce are valențe generatoare și transformatoare.

Așadar, care este natura experienței amânate, care ajunge în cele din urmă să cauzeze o prăbușire psihică?

Într-o lucrare mai veche, susțineam că un copil care se află în interiorul unui eveniment psihic tulburător îi va aplica acestuia un stop-cadru.¹² Această activitate inconștientă are scopul de a lega experiența șocantă, păstrând-o pentru o revizitare ulterioară. Aceasta nu este decât o manieră de a reafirma teoria lui Freud cu privire la traumă (*Nachträglichkeit*), în care inconștientul reacționează la un șoc amânându-i impactul până la momentul la care copilul are capacitatea de a-l trăi, atât psihic, cât și emoțional.

Evenimentele obișnuite ale copilăriei sunt pe deplin deschise la recitiri inconștiente, care pot transforma cotidianul în conținuturi șocante. Să fii obligat să cânti în fața întregii clase, să fii obligat să te lupți corp la corp cu un alt copil, să ți se fure pachetul de mâncare... este posibil ca acelui copil să-i fie imposibil să le povestească aceste lucruri părinților, dar experiența sinelui va fi de neșters.

Alex, în prima ședință de după intrarea în criză, a început prin a-și reaminti un moment când se afla la cinema, pe vremea când avea 12 ani. O sărutase pe prietena lui, care stătea lângă el. Un coleg de clasă care avea locul în spatele lui, a spus: „Alex nu știe să sărute!” Imediat cum aceste cuvinte au fost rostite, a simțit un soi de frământare de șoc în tot corpul, din cap până-n picioare. I s-au înmuiat picioarele, aproape că s-a scăpat pe el, abia mai reușea să stea drept pe scaun și, când s-a terminat filmul, tot ce se putea gândi era cum va reuși să se țină pe picioare când va ieși din cinematograful fără să se prăbușească.

¹² Vezi Bollas, Christopher (1989). „Historical sets and the conservative process”, în Bollas, Christopher, *Forces of Destiny*. London: Free Associations Books, pp. 193–210. (N.a.)

Deconstruirea motivului pentru care acesta fusese un asemenea șoc ne-a luat ceva timp în analiză, dar, în cele din urmă, și-a amintit că, atunci când avusese loc evenimentul, se gândise că acesta i-a schimbat viața, că nu știa ce să facă și că nimic nu va mai fi vreodată la fel.

În cartea mea *The Freudian Moment*, susțineam că descoperirea psihanalizei, în mod deosebit a „perechii freudiene” (asocierea liberă a analizandului și ascultarea liberă a analistului)¹³ a constituit realizarea unei preconcepții filogenetice.¹⁴ Timp de mii de ani, bărbați și femei căutaseră inconștient exact acest tip de relație, în care să-și poată pune în cuvinte visul față de un altul, care să îi asculte și apoi să extragă propria cunoaștere inconștientă a individului asupra semnificației lui, prin procesul asocierii libere. Termenul „psihanaliză” constituie conceptualizarea acestei realizări și, ca semnificant, indică un proces care are loc în cadrul unui anumit tip special de relație.

Consider că un copil care este lăsat mut de un eveniment tulburător din realitate are un sentiment inconștient sau o preconcepție cu privire la faptul că, într-o bună zi, va putea apela la un celălalt empatic, pentru a da sens acestei experiențe. (Este posibil ca această așteptare să se bazeze pe figuri existente, importante în viața sa, precum niște bunici buni; oameni bătrâni, ca din basme, care par nesfârșit de iubitori și de înțelepți. Nu există numai o credință inconștientă că acest altul își va face apariția, ci va exista și o căutare pentru a găsi o asemenea persoană, în a cărei prezență pot fi eliberate acele stop-cadre, pentru a fi apoi conceptualizate și, nu în cele din urmă, înțelese.

¹³ Vezi Bollas, Christopher (1995). „The functions of history”, în Bollas, Christopher, *Cracking Up*. New York: Hill & Wang, pp. 66–100. (N.a.)

¹⁴ Vezi Bollas, Christopher (1989). „Historical sets and the conservative process”, în Bollas, Christopher, *Forces of Destiny*. London: Free Associations Books, pp. 193–210. (N.a.)

Această preconcepție pare deseori a se realiza atunci când individul se îndrăgostește. Dată fiind promisiunea iubirii și a sentimentului îmbătător creat de această relație, nu este neobișnuit ca el să materializeze stări depozitate ale sinelui, sub forma unor mărturisiri intense făcute partenerului. Problema este însă că, deși partenerul se poate simți inițial gratificat și privilegiat pentru a i se fi dăruit astfel de secrete prețioase, se poate să nu treacă prea multă vreme până să se simtă tulburat de ele și să nu fie sigur ce-i de făcut. Nu este îndeajuns ca partenerul să-și fi „luat piatra de pe inimă”, întrucât nu a existat nicio abreacție a afectului îngropat în eveniment. Acesta trebuie să fie trăit în prezența altuia, care să-l transforme într-un conținut cu semnificație. În mod obișnuit, acest lucru este prea mult pentru un partener — deși mulți încearcă —, iar stresul creat de o asemenea situație se poate dovedi a fi prea mult pentru cuplu, care se poate chiar destrăma sub această presiune.

În lumea terapiei, mulți adulți vor căuta persoane care și-au asumat disponibilitatea de a primi, a conține și a procesa aceste stări depozitate ale sinelui. Cu toate acestea, până la momentul acela, deși unii își vor aminti evenimentul original care a produs perturbarea, mulți nu și-l amintesc. Se poate ca acesta să fie prezent sub forma unui sentiment a ceva despre care ei știu că se află în interiorul lor, dar un ceva care nu poate fi gândit.

Cu toții suntem alcătuiți din cunoscut negândit. Cunoaștem lumea vremurilor când eram bebeluși, precum și pe cea a primilor ani ai copilăriei, prin intermediul trăirilor inconștiente. Înainte de a achiziționa limbajul, ne lipsesc instrumentele psihice de a gândi experiențele pe care le trăim, astfel că le depozităm în categorii de reprezentări non-verbale — jocul luminii, sunetul unei voci — alcătuite din unități psihosomatice. În timp, acestea

se pot conecta una cu alta, formând baza experienței emoționale și a fantasmelor inconștiente.

De obicei, odată ce a fost achiziționat limbajul, aceste stări preverbiale ale sinelui sunt transferate în ordinul simbolic. Aceasta înseamnă că o experiență timpurie tulburătoare se va atașa unor cuvinte, care îi vor purta apoi semnificația pentru restul vieții persoanei. Spre exemplu, un pacient spunea că de câte ori auzea cuvântul „banana”, era cuprins de un soi de senzație de rău. Nici nu se uita la banane în magazine, pentru că-l deranja cum suna cuvântul. A durat multă vreme ca acest cuvânt să poată fi deconstruit, până la a i se clarifica semnificațiile. „Ba” însemna „Bleah!” „Nana” însemna „Nu, nu, nu!” Deci, „banana” purta o semnificație disprețuitoare, puternică, a unui „Bleah! NU!” din partea celuilalt. Constituia literalmente un eveniment care-i întorcea stomacul pe dos acestui pacient și, de fiecare dată când auzea cuvântul, fața i se schimonosea de repulsie. Aceasta constituie o expresie corporală preverbală a unei stări a sinelui; o experiență infantilă a fost transferată în cuvântul „banană”, pentru că acest cuvânt capta aspectele acelei experiențe, fiind apoi menținut în ordinul simbolic, pentru depozitare și o ulterioară înțelegere.

Așadar, se poate ca oamenii să se adreseze unei psihoterapii înaintea unei prăbușiri psihice, pentru că au un sentiment, desprins din cunoscutul negândit, că un ceva tulburător este pe cale de a lua o anume formă de reprezentare. Experiența emoțională care constituie eliberarea cunoscutului negândit în cadrul terapeutic reprezintă împlinirea unei promisiuni inconștiente pe care copilul o face față de sine. Când în sfârșit există cineva acolo care să primească conținuturile inexplicabil de dureroase, pe cele pline de confuzie, pe cele terifiante, majoritatea oamenilor,

aflați acum sub imperiul unor stări ale sinelui extrem de tulburătoare, vor suferi o prăbușire psihică.

Aceasta ne aduce la des repetata remarcă antipsihanalitică, conform căreia psihanaliza conduce la o înrăutățire a lucrurilor sau chiar constituie o boală care se autoprocamlă a fi de fapt un tratament. Nu încape îndoială că, în multe cazuri, atunci când oamenii se adresează unei psihanalize, acest eveniment va pune în mișcare traumele psihice, înspre o realizare psihică și, mai apoi, o înțelegere. Și fără îndoială că structura procesului psihanalitic este astfel construită încât să provoace această urgență, tocmai pentru a o conține și a o transforma. Cu toate acestea, este incorectă sugestia că psihanaliza constituie cauza crizei. Astfel de prăbușiri vor avea loc oricum în cele din urmă, fie pe baza acțiunii de evocare din cadrul relației fie când are loc un nou șoc pentru sine în cadrul realității externe.

Una dintre sarcinile cele mai importante cu care se confruntă analistul este de a descoperi în cel mai mic detaliu evenimentul care a precipitat prăbușirea psihică a pacientului. Odată ce evenimentul a fost deconstruit și analizat meticulos, analizandul se poate redirecționa, dinspre o poziție de haos psihic, durere și profundă anxietate, înspre tărâmul înțelegerii istorice.

Chiar și atunci când devine clară maniera în care inconștientul persoanei a interpretat evenimentul, acest fapt nu rezolvă automat anxietățile prezente. Ce se realizează însă este startul unui proces de legare — conținerea și organizarea anxietăților —, care constituie efectul formal al înțelegerii interpretative. Actul interpretării oferă noi idei care să fie gândite și, în plus față de *conținutul* pe care îl furnizează, reprezintă și un mod de a da *formă* lucrurilor dezvăluite din inconștientul pacientului. De vreme ce haosului i se creează o structură, acest efect formal are

o importanță profundă pentru Eu, întrucât acesta este în primul și în primul rând preocupat nu de semnificație, ci de organizare.

Acestea fiind spuse, dacă interpretările nu vor fi suficient de corecte, procesul de legare nu va fi unul de succes. Dacă analizandul este înțeles greșit, acest fapt va amenința să creeze o falsă organizare, care îi va spori anxietatea și neîncrederea în capacitatea de susținere a analistului. Acesta este motivul pentru care am subliniat necesitatea de meticulozitate în colectarea detaliilor evenimentului, înainte de a se putea descoperi treptat tiparele de semnificație, dezvăluite prin intermediul procesului de asociere liberă și a continuării investigării analitice.

Din experiența mea, evenimentul precipitator încapsulează în mod invariabil fragilitatea inconștientă a pacientului. Odată înțeles, acesta servește ca portal psihic. Dacă pacientul se află de ceva vreme în analiză, avem speranța că vor exista multe fire care se vor conecta prin acel portal, fire deja familiare analistului și pacientului. Prin porțile percepției interne, aceste fire vor lega împreună trecutul pacientului, circumstanțele sale prezente și structura psihică a sinelui.

Timpul

Mai mult decât orice, un pacient care suferă o prăbușire psihică are nevoie de *timp*.

Prăbușirii psihice trebuie să i se acorde timp de desfășurare, în cadrul unei relații umane, în care celălalt este acolo pentru a asculta sinele și a nu fugi de acesta. O astfel de experiență conferă un profund sentiment de siguranță părților din pacient care sunt cuprinse de panică. Dar pentru ca acest lucru să aibă loc, trebuie să le fie amândurora clar că analistul este pregătit să rămână pe poziții indiferent cât timp le va lua. A se da bătut nu este o opțiune.

Într-o ședință analitică tradițională, care durează 45 sau 50 de minute, există o limită spațio-temporală care constituie cadrul analitic. Acest cadru dobândește el însuși o semnificație; deține o structură, o *formă*, asemenea celei a unei poezii, a unei compoziții muzicale sau a unui ritual. Orice este spus sau pus în scenă se va dezvălui în limitele formei cadrului și, astfel, va fi modelat de acesta.

Analizandul poate să rămână în tăcere timp de câteva minute sau să flecărească un pic, înainte ca ședința să se redirecționeze de la realitatea socială la realitatea psihanalitică. Analizandul vorbește acum ca o formă de ascultare a sinelui, pe măsură ce

gândirea inconștientă își face apariția prin intermediul asocierii libere. Analistul se cufundă în procesul de ascultare profundă și, din vreme în vreme, „recepționează în acest fel inconștientul pacientului cu propriul lui inconștient”, descoperind legături în înlănțuirea de idei, percepend logica experienței emoționale sau discernând mișcările personalității în cadrul transferului.¹⁵ Acestea pot conduce la o interpretare sau la o serie de observații care, la rândul lor, invită analizandul la a da un răspuns. Se poate ca cei doi să lucreze o vreme în această manieră: au loc momente de tăcere, ședința se încheie și amândoi așteaptă până la următoarea ședință, când același proces va avea loc într-o formă diferită, cu conținuturi diferite, dar în același cadru.

Punând în discuție cea mai neobișnuită formă de tratament pe care am prezentat-o aici — ședința de o zi întreagă — este clar că, deși mediul de lucru este tot cel al psihanalizei, cadrul temporal este radical modificat. Pe măsură ce trec orele, forma familiară se va dizolva; logica ritmică a ședinței de 45 de minute va fi treptat înlocuită de un alt ritm. Timpul nu mai este un factor atât de tangibil în interiorul ședinței; analizandul nu se mai află în aceeași măsură sub auspiciile timpului. Ritmul care emerge, o temporalitate necunoscută, va fi acum determinat de starea psihică a analizandului și de adevărul nevoilor sale interne.

Complexul de problematici care își fac acum apariția în planul conștient nu ar putea fi într-o totală articulare în limitele timpului acordat unei ședințe tradiționale. Redirecționarea dinspre legile cadrului înspre cererile impuse de *après-coup* sau de nevoile Eului îi transmite inconștientului că psihanaliza a înțeles o necesitate pentru această reorientare temporară.

¹⁵ Termenul „ascultare liberă” a fost introdus de Adam Phillips, iar eu l-am adoptat. Vezi Phillips, Adam (2002). *Equals*. London: Faber & Faber, p.31. (N.a.)

Analizandul realizează că există timpul și spațiul necesar pentru ca suferinței sinelui să-i fie acordată o ascultare deplină. Acesta simte o diminuare a sentimentului de urgență, a presiunii de a spune cât mai multe posibil din ceea ce este de spus. Timpul pare să se deschidă, iar spațiul psihic își extinde capacitatea de conținere și de procesare a plenitudinii conținuturilor psihice și a stărilor emoționale care vor ieși la suprafață.

Toate acestea permit interludii interne mai extinse, perioade de trăire internă intensă, în care analizandul se pierde în gândire și simțire, destul de puțin conștient de prezența analistului. Pot trece ore întregi în care pacientul să-și mențină această stare psihică.

Ceea ce deduc, atât din observațiile mele, cât și din propria-mi intuiție, este că, în mod paradoxal, în mijlocul unei asemenea suferințe, acestea constituie niște clipe de pace profundă, iar pacienții mi-au mărturisit ulterior că interludiile de acest fel au reprezentat cea mai importantă parte a întregii experiențe. Îmi spun că a fost o stare înrudită cu visarea lucidă, cu viziuni ocazionale asemănătoare halucinațiilor sau cu amintiri eidetice, întrețesute cu imagini lucide trecătoare întruchipându-i pe ei înșiși, pe mamele sau tații lor ori chiar propria viață. Simțeau că se află în interiorul unui proces în mișcare. Nu le-a trecut câtuși de puțin prin minte să vorbească în perioadele când se aflau în acea stare și nici nu s-au așteptat ca eu să spun ceva.

Atunci când am oferit pentru prima dată posibilitatea acestei analize extinse, nu aveam de unde să știu cât de mult timp ar putea trebui să dureze intervenția. În fapt, probabil singura surpriză de proporții pe care am avut-o a fost cât de scurtă a fost durata acestor crize. Am descoperit că, atâta vreme cât reușim să ne prindem analizandul înainte de a cădea, etapa severă a

prăbușirii se dovedește a fi incredibil de scurtă. Nu a fost niciodată nevoie să continui ședințele de o zi întreagă mai mult de trei zile la rând.

De-a lungul timpului, am ajuns să realizez că până și cea mai violentă prăbușire psihică își va urma cursul și am mai descoperit că astfel de colapsuri sunt în general clar etapizate, având un început, o perioadă de mijloc și un final. Secvența de evenimente psihice care se desfășoară pare să aibă o legătură cu temporalitatea Eului. Există un sentiment interior al Eului că a fost inițiată o activitate, una care deține parametri și reguli, un obiectiv și o metodă prin care să fie dusă la bun sfârșit. În aceeași măsură în care Eul este creatorul de tipare al inconștientului, el constituie și agentul care percepe tiparele din viață.

O dimensiune curativă care-i privește pe cei aflați într-o prăbușire psihică este menținerea conexiunii persoanei cu viața și viitorul acesteia.

Eul bebelușului este înlocuit de Eul copilului, apoi de Eul adolescentului, apoi de cel al adultului și al tuturor stadiilor ulterioare ale vieții. Aceasta reprezintă o organizare care, în timp, își dezvoltă propriul simț cu privire la sarcinile cu care se confruntă în prezent, structurând complexe psihice pe care le moștenește din trecut și imaginând etapele care vor urma. Această capacitate de a simți viitorul ar putea fi una filogenetică, o parte a inconștientului colectiv ori a cunoașterii întipărite în creier.

Cu toții am făcut o investiție psihică în viitor. Avem nevoie de ea pentru că viața este dificilă. Experiența umană — urmarea parcursului propriei vieți — este plină de neașteptat, de năncipat, de bine sau de rău. Viitorul nu este doar un moment imaginar, este un țel al Eului: de a conduce sinele prin prezent,

înspre ceea ce va să vină. Fiecare secundă a existenței noastre îndeplinește acest scop: imediat ce viitorul a fost atins, este transformat în trecut. Individul simte că se află în mișcarea vieții, iar acesta este un lucru bun. Eul simte parcursul vieții sinelui ca pe o structură temporală.

Dacă le-aș fi spus acestor pacienți la început: „Uită de viitor. Uită de viața ta. O să stăm să ne ocupăm de asta și dacă ne ia ani întregi”, pacienții ar fi avut reale motive să interpreteze astfel de afirmații nu drept încredere, ci drept omnipotență, fapt ce le-ar fi sporit anxietatea. Încă mai important, s-ar fi renunțat la o relație cu obiectul curativă esențială. Eu și pacienții mei am avut întotdeauna în minte faptul că exista o lume care-i aștepta, în care ei urmau să se întoarcă. Aveau sentimentul că viitorul va fi un loc bun de ședere în săptămânile ce vor urma, odată ce vor fi reușit să depășească elementele din trecut care îi țineau pe loc.

Odată ce Eul acceptă prăbușirea apărărilor în analiză, anxietățile sale semnal și anxietățile primare sunt domolite de procesul psihanalitic. Eul dezgheață sursele durerii psihice, astfel că sinele este acum impregnat de adevăruri emoționale. Pe măsură ce analistul indică aprecierea față de capacitățile Eului, persoana poate realiza că deține atribute și metode de a gestiona viața care constituie surse de putere. Acest fapt le permite sinelui și Eului să opereze pe baza acelei abilități negative pe care am putea-o numi *credință a Eului*.

Să comparăm acest lucru cu situația schizofrenicului. Una dintre tragediile schizofreniei cronice este că ceea ce operează acolo nu este decât funcționarea primitivă, nucleară a Eului, iar aceasta nu este una pe care să ne putem baza. Trecutul este un vis, iar sinele nu dorește să și-l amintească sau să-l pună în cuvinte, pentru că acest fapt ar transforma visul într-un coșmar.

De vreme ce viitorul nu există decât ca o gaură neagră, sinele încearcă să trăiască într-un prezent de trezie permanent: cu ochii pironiți în televizor, stând pe un fotoliu, mergând pe un hol, defecând, urinând, mâncând... aceste momente nu se disting în timp unele de celelalte, ci fac parte dintr-o nesfârșire. În toate aceste momente diferite, sinele se va comporta conform aceleiași mentalități; scopul său este numai de a fi și de a nu fi tulburat. Noaptea este înspăimântătoare, dar medicamentele stau și așteaptă, fiind posibil să sedeze sinele, astfel încât să nu existe vise, să nu apară clipe de trezie în nopți, într-o lume absentă.

Comparată cu tragedia schizofreniei, persoana care suferă o prăbușire psihică este norocoasă. Odată ce psihanalistul transmite faptul că experiența terifiantă din prezent este una temporară și nu va dura mai mult decât câteva săptămâni, Eul persoanei poate începe să-și imagineze și să-și planifice viitorul. Și, firește, planul se va schimba pe măsură ce ipotezele Eului se modifică în funcție de transformările realizate în analiză.

Experiența emoțională

Atunci când o persoană suferă o prăbușire psihică, procesul se poate îndrepta într-una dintre două direcții.

În majoritatea cazurilor, pacientul și analistul au timp să înceapă să facă legături istorice și să exploreze semnificația evenimentului precipitator, înainte ca forța deplină a prăbușirii să preia controlul și să creeze o situație de regresie profundă. Punându-i-se la dispoziție extinderea analizei, analizandul se îndreaptă lent către colaps.

Uneori însă, apariția bruscă a unor emoții copleșitor de puternice împiedică explorarea de către perechea analitică a istoriei recente și trecute. În opinia mea, când se întâmplă acest lucru, este probabilă indicarea unei ieșiri la suprafață a unor experiențe ce își au originile înaintea achiziționării limbajului. Acest fapt înseamnă că acel cunoscut negândit care este eliberat în aici și acum nu poate fi istoricizat, cel puțin nu imediat.

În acest caz, trebuie respectată inteligența de prezentare a Eului. Dacă pacientul începe prin limbaj, reflecție, reamintire a unor evenimente recente și face legături între ele și trecut, acest proces va face posibil ca experiențele emoționale depozitate să-și găsească o cale de expresie. Însă dacă pacientul începe de la adâncurile experienței emoționale, atunci analistul trebuie

să accepte acest fapt și să nu încerce să redirecționeze situația; spre exemplu, insistând asupra punerii în discuție a evenimentului precipitator.

Vom explora acum mai în detaliu natura experienței emoționale în timpul prăbușirii psihice, dar mai întâi ne-ar folosi să stabilim câteva distincții.

O emoție nu este un afect.

Un afect este un eveniment intern singular, de obicei o stare psihic-corporală, precum anxietatea, exaltarea, furia sau groaza.

De fapt, nu există așa ceva precum o emoție; există doar *experiențe emoționale*, care constituie condensări ale multor elemente interne. O experiență emoțională este o organizare, foarte similară unui vis.

Teoreticienii atașamentului au scris foarte mult despre afecte și despre cum sunt acestea reprezentate în viața adultă. Este o perspectivă utilă, dar este important să nu-i uităm limitările. Teoria afectului descrie stările sinelui unui bebeluș: satisfacție, stres, anxietate, panică, furie ș.a.m.d. Pe măsură ce bebelușul crește, el începe să dezvolte experiențe emoționale mai complexe. Spre exemplu, învață că mama sa nu este doar furnizoarea hranei și a îngrijirii corporale, ci și o persoană cu obiceiuri și stări afective. El va mai afla și că propria sa ființă este o variabilă fluctuantă.

Există unele experiențe emoționale îndeajuns de previzibile. Spre exemplu, pe măsură ce bebelușul se apropie de ora unei mese, o vede pe mami pregătind mâncarea, iar acest lucru provoacă o serie de afecte, amintiri, dorințe și așteptări. Întâmplările neanticipate singulare din cadrul a ceea ce, în rest, constituie o rutină — un apel telefonic, o durere de burtică, mami scăpând pe jos o linguriță și înjurând — vor aduce în mod invariabil

contribuții aleatorii la secvența de evenimente. Toate acestea fac parte dintr-o relație din ce în ce mai rafinată cu celălalt. O experiență emoțională, în perioada prunciei, precum și în stadiile ulterioare ale vieții, este, mai mult decât orice, *o experiență în mișcare*. Poate fi simplă sau complexă, plăcută sau neplăcută și, cel mai adesea, va fi una mixtă. Spre deosebire de afecte, experiențele emoționale nu pot fi observate. Se poate ca acesta să fie motivul pentru care acest concept tinde să fie pus în plan secund, în cadrul psihanalizei contemporane, față de teoria afectului. În ultimii ani, analiștii s-au aplecat din ce în ce mai mult asupra a ceea ce este evident și observabil, fapt păgubos, întrucât mintea umană nu este nici una, nici alta, ci este înțesată de ceea ce Hannah Arendt a denumit „elemente invizibile”

Atunci când un pacient aflat într-o prăbușire psihică are o experiență emoțională, el se află în interiorul unui eveniment intern. Acesta poate fi însoțit de semne externe, precum râsete, lacrimi, furie, neastâmpăr pe divan sau tipare de vorbire idiosincrasice, dar nu se va manifesta niciodată decât parțial, fie în propriul conștient, fie față de celălalt. Când vine vorba de emoții, în comparație cu afectele, lucrurile nu sunt ceea ce par.

Într-adevăr, atât pentru pacient, cât și pentru analist, o experiență emoțională constituie o provocare chiar mai mare în a fi înțeleasă decât un vis. În timp ce visul este un eveniment finalizat, reamintit din trecut, constituenții experienței emoționale se află într-o permanentă mișcare. Includ toate categoriile de viață inconștientă: stări corporale, senzații corporale, dorințe, derivate instinctuale, idei, fantasme, intervenții ale realității, umbrele unor momente relaționale, axiome disponibile ale organizării sinelui, cunoscutele negândite ale ființei noastre, emergența introiecțiilor noastre ș.a.m.d.

Fie că îşi fac apariţia brusc şi neanunţat, fie că se întâmplă după ce analistul şi pacientul au început să facă legături între evenimente din prezent şi din trecut, la un moment dat, experienţele emoţionale îngheţate în timpul psihic sunt eliberate şi dau năvală în prezent. Forţa brută a acestui impact este cel mai incredibil lucru la care am fost martor în munca mea clinică. Oricât de relaxat m-aş simţi, momentul în care afectul amânat explodează în încăpere este mereu unul copleşitor. Este ceea ce a fost şi este din nou acum. Nu are nevoie de niciun comentariu. Durerea psihică ce însoţeşte suferinţa individului este acum eliberată prin intermediul memoriei, al înţelegerii şi al experienţei emoţionale evocate, iar analistul nu trebuie decât să fie acolo, să asculte şi să afle.

Aceste fenomene iau de obicei forma cea mai intensă în şedinţele de o zi întreagă, atunci când nu sunt constrânse de limitele timpului. Pare imposibilă exprimarea acestei intensităţi prin cuvinte şi sunt conştient că nu i-am făcut dreptate prin exemplele clinice oferite. Experienţa emoţională este extrem de complexă, implică întregul spectru al experienţei interne şi nu poate fi simplificată printr-o reducere la o singură idee organizată. Este mai mult asemenea unui vis lipsit de conţinut manifest; o poezie lipsită de cuvinte; vântul adiind într-un peisaj şi animând lumea naturală. Îi permite vieţii emoţionale a analizandului să devină forţa de vindecare.

Atunci când derivă din acest nucleu de trăire profundă, asociaţiile libere sau afirmaţiile lucide ale analizandului se vor modifica. Sinele care vorbeşte se va fi saturat în urma unor valuri prelungite de emoţie care nu vor fi niciodată puse ele însele în cuvinte, dar tot ceea ce i se va spune atunci analistului va fi saturat cu semnificaţie.

Privind retrospectiv la acest aspect al ședințelor prelungite, unii analizanzi au spus că acel caracter fizic al încăperii le devenise esențial, ca și cum s-ar fi scăldat în lumină și sunet. Ar putea aceasta să constituie o retrăire a vieții intrauterine, când lumina și sunetul erau trăite drept fenomene de sine stătătoare? Ar putea aceste lungi interludii private să furnizeze într-o oarecare manieră o renaștere a sinelui; o mișcare experiențială în care sinele se îndreaptă înapoi înspre amintirile cunoscutului negândit al vieții fetale și al experienței infantile timpurii?

Asemenea amintirii istoriei lor și a multor alte forme de contemplare reprezentatională, chiar cred că, într-o prăbușire psihică, analizanzii trăiesc experiența elementelor de bază a ceea ce înseamnă a fi o ființă umană, lucrul în sine al existenței lor. De aici absorbirea lor în fundamentele existenței: sunet, lumină, culoare, miros și imagini.

Acestea nu sunt momente potrivite pentru succesiuni de insight, pentru gălăgia dialogului, pentru exprimarea formațiunilor personalității prin intermediul transferului și al contratransferului. Într-adevăr, este ca și cum aceste trăsături obișnuite ale analizei devin simple elemente secundare, în timp ce sinele se deschide în fața dimensiunii fundamentale a *ființării*.

Firește, este multă durere aici; durere fundamentală a existenței și suferință endemică, specifică atributului de ființă umană. Oamenii plâng, țipă, urlă, se zvârcolesc. Pun în funcțiune toate formele disponibile de a fi cine sunt. Am putea să ne gândim la aceste stări nu ca fiind identificări proiective, ci *obiectivări proiective*. În momentele de iad ale unei prăbușiri psihice, există clipe în care analizandul pare să se obiectifice pe el însuși, întrebând vreo divinitate de ce este el acel ceva care este. Totuși, nu este proiectat nimic care nu este împărtășit de

toți oamenii. Ceea ce este proiectat este acel ceva fundamental: „concretețea” pe care o presupune a fi o ființă vie.

Este posibil ca lungile tăceri care urmează unor astfel de intensități să constituie recunoașteri ale acestei concreteți primare. O pacientă mi-a spus că toate aspectele care țineau de a fi ea împingeau în sus, prin ea, înspre mintea ei; uneori, era ca și cum ar fi fost într-un teatru, privindu-se ca pe o ființă aflată în permanentă preschimbare, formându-se și transformându-se înaintea ochilor ei.

Aceste interludii experiențiale pot fi urmate de o revenire la angoasă, la atacuri asupra sinelui, produse de prăbușirea psihică. Descrierea acestuia ca atac pare mai aproape de adevăr decât a sugera că oamenii se află pur și simplu în conflict cu ei înșiși. Atunci când pacienții îi vorbesc analistului, există aproape întotdeauna o rugămintă implicită de a îndepărta ceva care îi copleșește, ceva ce au purtat asupra lor întreaga viață. Acum că, în sfârșit, acel ceva se află în afara sinelui, îl pot vedea mai limpede, iar atunci când se cutremură din cauza suferinței pe care le-a impus-o atâta vreme, vor să primească ajutor să scape de el. Obiectifică proiectiv ceea ce înseamnă a se afla într-o formă umană reală de iad.

Aceste ședințe prelungite par să permită o distorsiune temporală paradoxală. Ore de tăcere sunt resimțite drept clipe, în vreme ce accesele ocazionale de angoasă intensă și de catharsis emoțional, care durează în realitate numai cincisprezece sau douăzeci de minute, sunt trăite de pacient ca ținând ore întregi.

Reflecții, explicații și perlaborări

Stările de reflecție sunt caracterizate de un aspect specific în cadrul acestor ședințe extinse. Firește că este și mai mult timp la dispoziție pentru ca gândurile să evolueze, dar este vorba de mai mult decât atât. Reflecțiile care au loc în timpul unei prăbușiri psihice, ce urmează unor lungi perioade de travaliu intern profund și de pusee de durere intensă, nu sunt numai reflectiv, ci și *integrative*.

Fără îndoială, toate reflecțiile pot contribui la integrare. Examinându-ne sinele, privim într-o oglindă internă și descoperim lucruri pe care nu le văzuserăm înainte, care ne extind cunoașterea de sine și devin parte a structurii noastre inconștiente. Cu toate acestea, se pare că reflexivitatea care are loc pe parcursul acestor ședințe prelungite extinde potențialul perceptiv într-o manieră specifică: permite perspective mai largi asupra propriului sine și pătrunderi mai profunde în istoria sinelui, în lumea internă a acestuia și în structurile sale obiectificate. Foarte multe dintre cele care au fost anterior inconștiente ajung acum în conștient, astfel că individul are nevoie de o formă de percepție încetinită, care să permită un travaliu mai lent și mai profund.

Gândiți-vă la vis. Cu precădere la realizarea travaliului visului, din procesul de condensare. În cursul psihanalizei tradiționale,

dezvăluirea semnificației unui vis puternic și captivant poate lua ore întregi de asociere liberă, de-a lungul mai multor zile. O prăbușire psihică nu este atât de diferită de un vis, prin faptul că atât conștientul, cât și capacitățile executive ale individului sunt copleșite de emergența unui complex debilitant de amintiri, idei, emoții și axiome, toate fiind profund enigmatice.

Visul și prăbușirea psihică sunt amândouă momente înalt codificate, evenimente care vor lua timp să fie decodificate. Aceasta nu este o chestiune de activitate intelectuală, ci de imersiune în material, pentru ca mintea să poată elabora condensările codate cu ajutorul unui travaliu inconștient minuțios, învăluit în experiențe emoționale și insighturi. Comparată însă cu visul, enigma prăbușirii psihice cauzează o mult mai cumplită suferință. Asemenea ghicitorii Sfinxului, descifrarea sa necesită proprietăți ale minții de înalt nivel. Așadar, travaliul de înțelegere a acestuia este simultan și coexistent cu recuperarea minții sinelui. Înțelegerea enigmei echivalează cu recuperarea sănătății psihice.

Timp de decenii, Freud a considerat că, în cazul în care conflictele inconștiente ar deveni conștiente, acest fapt ar vindeca nevroza. El a abandonat mai târziu această idee postiluministă când a descoperit că, deși multele rezistențe pot fi depășite, procesul nu este neapărat transformator prin sine însuși.

Se părea deci că iluminarea nu era îndeajuns.

Atenția lui Freud s-a direcționat apoi înspre transfer și înspre noțiunea că, deși pacientul și analistul ar putea aduce lumină asupra unui simptom sau al unui aspect al personalității, acesta trebuia pus în scenă în cadrul relației cu analistul pentru a putea fi analizat pe deplin. Analistul trebuia să devină parte a problemei înainte să poată deveni parte a vindecării. Evenimentul transferului trebuia apoi să fie transferat în planul conștient, iar

combinația dintre cele trăite și cele gândite avea potențial transformator.

Cu toate acestea, s-ar părea că prima idee a lui Freud, că o cunoaștere mai înaltă a sursei problemei persoanei ar putea-o transforma, poate fi adevărată, dar numai în circumstanțe foarte deosebite.

Până în acest punct, acordând atenție secvenței de evenimente de pe parcursul lucrului cu o persoană care suferă o prăbușire psihică, am pus în discuție rolul cadrului și al metodei analitice, stabilirea unui contract între pacient și analist, precum și calitatea specifică, intensă, a interacțiunii: dialogurile scurte, intermitente, lungile perioade de tăcere și experiențele emoționale ale pacientului.

Ajungem acum la cheștiunea explicațiilor.

Este obligația analistului să pună în termeni lucizi și memorabili motivele exacte din cauza cărora persoana trece printr-o prăbușire psihică și pentru care aceasta este așa cum este, în raport cu istoria sa psihică. Va fi inclusă o descriere clară a apărărilor utilizate până la acest moment.

În vreme ce este adevărat faptul că aceasta este o formă de interpretare, este mai corect să spunem că este o *explicație*, una deplină și completă, care îi permite analizandului să înțeleagă în mod conștient și pe limba sa de ce se întâmplă toate acestea. De vreme ce oamenii sunt, de obicei, foarte tulburați în această perioadă și le poate fi foarte greu să integreze anumite aspecte, s-a întâmplat, uneori, să le pun pe hârtie o descriere de o pagină-două a întregii situații.

Fără îndoială că mulți dintre colegii mei nu vor fi de acord cu o asemenea deviere de la tehnica standard. Cum aș putea apela la punerea în scris a unei explicații psihanalitice a relației

dintre istoria de viață și o stare psihică? Cu siguranță că o astfel de înțelegere ar trebui să evolueze de pe urma unui proces de perlaborare constructivă, nu?

Care mi-este premisa?

În timpul unei prăbușiri psihice, pacienții vor face o descriere a debutului acesteia, care va avea legături cu trecutul lor și va evoca puternice experiențe emoționale. Dar pentru ca acest proces să fie unul transformator, ei trebuie să știe conștient cum se îmbină toate aceste elemente într-un gestalt; trebuie să înțeleagă cum ele reprezintă componentele vieților lor. Atâta vreme cât este clară, exprimată simplu și la obiect, explicația scrisă constituie un *obiect clarificator*, care va fi citit și digerat din nou și din nou de către analizand. Îi va aduce multe variațiuni tematice, dar scrierea va avea o coerență căreia îi va acorda o înaltă valoare, ea purtând în sine adevărurile fundamentale ale vieții sale.

Prin intermediul acestei repetiții, pacientul ar putea părea să învețe ceva mai degrabă pe de rost decât prin reflecție, dar, de fapt, reluarea frecventă a explicației imersează sinele în matricea adevărului său psihic. Trecutul, transformat în structura istoriei sale, a fost legat de evenimentul care a cristalizat acel trecut și a stimulat prăbușirea psihică. Acest fapt a permis ca afectul amânat, aflat în conexiune cu evenimentele originare, să fie eliberat, iar acest lucru să structureze emoțional, la rândul său, fricile și elementele tulburătoare ale prezentului. Persoana este acum instruită din interior, iar ceea ce a fost resimțit ca înspăimântător sau fărâmițător este acum impregnat cu o mult mai densă cunoaștere emoțională.

Capacitatea conștientă augmentată funcționează ca un act tranzițional, adunând multiplele surse ale veștilor inconștiente eliberate — experiențe existențiale din trecutul recent și

îndepărtat, mișcări emoționale, asociații libere — într-un obiect clarificator al gândirii, care leagă împreună firele izvorâte din inconștient. Activitatea de legare a formei narative îi permite analizandului să aibă un tip diferit de conversație cu sinele; el poate acum vorbi cu sine însuși despre cum toate acestea au sens.

Așadar, explicația clară obiectifică perturbarea nucleară a sinelui și devine un obiect psihic tranzițional, ajutând la dezvoltarea de către sine a unei noi structuri psihice. În timpul prăbușirii psihice, această structură — o nouă manieră de a percepe sinele și lumea — va fi menținută în conștient. Apoi, pe măsură ce pacientul își revine, memoria conștientă și înțelegerea motivelor prăbușirii vor începe să pălească. Dacă analistul a pus explicația pe hârtie, aceasta va fi pierdută sau uitată. Ceea ce a fost învățat va părea să fi dispărut, dar în timp, analistul va observa schimbări ale axiomelor de gândire, existență și relaționare ale analizandului. Explicațiile, aduse anterior în conștient, dar acum uitate, au devenit parte din structura psihică a sinelui, drept ipoteze operaționale. A avut loc o comunicare transformatoare între sinele inconștient și cel conștient.

O să dau câteva exemple a ceea ce numesc afirmații clare.

Clara a intrat într-o prăbușire psihică depresivă după ce a fost concediată de la serviciu. Șeful ei, Oswald, era un bărbat sadic și nimeni nu supraviețuise mai mult de un an pe postul ei, dar ea a fost devastată. Întreaga ei familie era alcătuită din oameni care avuseseră mari reușite și toți frații și surorile ei erau de succes. La puțin peste 30 de ani, nu avusese niciodată o relație, pentru că „nu avea timp”. La începutul muncii noastre, era distantă, irascibilă, sceptică cu privire la psihanaliză și foarte critică la adresa mea.

După ce am legat împreună elementele din copilăria, istoria ei și evenimentele recente, poziția rece și arogantă a Clarei s-a dizolvat într-una de tristețe intensă, suferință de doliu și plâns prelungit. Am făcut următoarea afirmație:

Ești deprimată nu doar pentru că Oswald te-a concediat, ci și pentru că partea aspră și ambițioasă din tine a fost de acord cu el. Întreaga ta viață, te-ai identificat cu partea de succes a familiei și, de vreme ce nici mama și nici tata nu aveau spațiu pentru sentimente sau intimitate — astea erau pentru „ratați” —, ți-ai denigrat propriile nevoi și vulnerabilități. Când le-am adus în discuție în travaliul nostru, am devenit ținta părții de Oswald din tine și am resimțit cum era să fii destinatarul disprețului. Ai gonit tot timpul pentru a fi cu un pas înaintea depresiei care urma inevitabil să te prindă din urmă, din cauză că realizările tale externe nu pot fi niciodată suficiente pentru a-ți satisface nevoile emoționale.

Clara a integrat totul cuvânt cu cuvânt. De-a lungul zilelor care au urmat, i-am repetat-o în multe feluri diferite, iar ea vorbea despre aceste lucruri în mare detaliu:

- De unde știai că familia mea nu era interesată decât de succes?
- Tu mi-ai spus.
- Ți-am spus?
- Da.
- E ciudat, dar bănuiesc că nu-mi pot aminti.
- Pentru că nu te ascuți.
- Nu mă ascult eu pe mine?

— Îi disprețuiești, ca și părinții tăi, pe cei care spun lucruri. Numai „făcutul” aduce premii. Așa că admiri ceea ce realizezi, dar nu asculți ceea ce spui.

Conversații scurte precum aceasta clarificau explicația. Făceau parte din „perlaborarea” care devenea acum parte din activitatea intelectuală a analizandului. Întrebările Clarei erau verbalizări ale unor potențiale axiome, care urmau să fie internalizate pe parcursul acestui proces de perlaborare. Apoi, urmau să devină parte a unei structuri psihice transformate, care va modifica maniera în care își gestiona viața. Însă înainte de a putea avea loc o asemenea restructurare, era necesar ca ea să „utilizeze obiectul”, să lucreze asupra temelor înscrise în explicație, să pună sub semnul întrebării fiecare aspect al acesteia. A fost discutată și rediscutată de multe ori, între lungile perioade de tăcere care au ocupat cinci săptămâni intense de analiză extinsă, înainte ca ea să fie eliberată.

Un alt exemplu.

Helen a crescut într-o familie de oameni plăcuți, care munceau din greu și erau cumsecade, dar care se fereau de orice conexiuni intime pe care le-ar fi putut avea unul cu celălalt. Ea a fost trimisă la o școală cu internat între vârstele de opt și paisprezece ani, iar niciunul dintre părinți nu o vizita prea des. Își petrecea verile acasă cu prietenii din împrejurimi, se uita mult la televizor și viața părea să fie îndeajuns de bună. După terminarea facultății, s-a măritat cu Toby, au făcut trei copii, iar Helen lucra ca redactor de texte publicitare la ziarul local.

Se prezenta ca o persoană foarte spumoasă și jovială. Avea mulți prieteni, în principal datorită implicării în activitățile unei biserici locale foarte frecventate, și considera că „se pricepea

la oameni”, pentru că aceștia îi cereau deseori sfatul. Îi plăcea să se vadă ca pe un „antrenor de viață neacreditat”, dar evita autorefecția și era lipsită atât de insight în ceea ce o privea, cât și de un interes față de trecutul ei. A cerut o analiză când era trecută de 50 de ani, pentru că avea atacuri de panică, aparent venite de nicăieri. Atunci când acestea aveau loc, erau urmate de o scufundare într-o depresie care-o ținea zile întregi, întrebându-se ce se întâmplă cu ea.

În primul an al analizei, era impresionant că nu se produsese niciun fel de amintiri din primii săi zece ani de viață. Descrierile făcute părinților ei erau lipsite de culoare, astfel că a fost destul de șocant când i-a scăpat că mama ei dispăruse în jur de 15 luni atunci când ea avea opt ani.

— A dispărut?

— Da, bănuiesc că da.

— Nu știi?

— Ba da, știu. A dispărut.

După o tăcere de câteva minute, Helen a continuat prin a-mi povesti despre un eveniment social planificat pentru seara respectivă, o ieșire a membrilor bisericii de săptămâna următoare și diverse altele. Mai aveam zece minute rămase din ședință.

— Mama ta a dispărut din nou.

— Poftim?

— A dispărut neanunțată din descrierea ta și a continuat să fie dispărută, pe măsură ce tu ai continuat să vorbești despre alte lucruri.

— Păi... adică. Ți-am spus. Am crezut că, na, asta e.

— Te-ai gândit că „asta e”?

— Da, bănuiesc că da.

— Cum a venit, așa a plecat...

- Păi, nu știu. Nu-mi amintesc.
- Cred asta, dar chiar aici și acum îți amintiseși ceva destul de uimitor — că mama ta a dispărut timp de 15 luni —, iar apoi a dispărut din ședință.
- Ar fi trebuit să fac altfel?
- Ți se pare că te critic.
- Nu, nu chiar. Dar realizez că pari destul de șocat.
- Într-adevăr, așa este. Dar tu nu-ți dai voie să fii șocată.

Această vinietă este tipică pentru ședințele pe care le-am avut înainte de prăbușirea ei psihică. Deși susținea că nu are amintiri, venea deodată cu o amintire incredibilă.

La trei ani după începerea analizei, Toby a părăsit-o. Avea o legătură extraconjugală de zece ani și, când Helen a descoperit-o, a realizat că toată lumea știa în afară de ea.

A fost profund șocată; n-avea nici cea mai vagă idee că el era nefericit și nici „nu-și imaginase vreodată că așa ceva urma să se-ntâmple”. Soțul ei îi repetase iar și iar de ce lucrurile nu merseseră cum și-ar fi dorit în căsnicia lor, spunându-i că simțise că ea era atât de departe de el, încât i-a devenit insuportabil. Cu toate acestea, ea a refuzat să accepte plecarea soțului și, convinsă că îl va putea recâștiga, a început să facă repetiții imaginare pentru scenele de reconciliere. Se vor întâlni la piață sau vor da unul de celălalt la biserică, va cădea în brațele lui, se vor fi împăcat.

Helen intrase într-o depresie agitată. Stabilisem un sistem de îngrijire, iar ea venea la mine de două ori pe zi, pentru ședințe de 90 de minute, șapte zile pe săptămână. Întrucât nu reușea să doarmă, psihiatrul îi prescrisese somnifere și, pentru că atacurile de panică din timpul zilei erau foarte severe, ne-am pus de asemenea de acord să ia Valium la nevoie, în cazul în care nu reușea să se calmeze.

Curând, amintirile au început să năvălească în analiză, copleșind-o. Intra și ieșea din stări de anxietate primară și o ajutam să-și revină spunându-i că era pe deplin de înțeles să fie atât de tulburată, că avea calități minunate și că era curajoasă și că o să reușim să depășim criza.

Într-un punct crucial al prăbușirii ei, a fost posibil să-i ofer o explicație clarificatoare. I-am spus:

Ai evitat multe lucruri în viață. Te-ai concentrat pe muncă, pe copiii tăi și pe prietenii de la biserică, dar stai la distanță de orice te-ar putea tulbura. Asta a însemnat să te menții la distanță nu doar de alții, ci și de tine însăși. Ți este teamă să privești în sinea ta din cauză că, date fiind toate lucrurile care se întâmplă în familia ta și toate sentimentele stârnite înăuntrul tău de faptul că ai fost exilată, ai putut supraviețui pe când erai copil numai neprivind la ceea ce era în tine. Acum, când te afli într-o situație dureroasă acută, încerci să-ți folosești mintea pentru a ține realitatea la distanță.

Helen a avut nevoie de multe repetiții ale acestei explicații. La început, a reacționat prin treceri la act, confruntându-și soțul la locul lui de muncă, aranjată, îmbrăcată provocator și implorându-l să se întoarcă la ea. În următoarea ședință, mi-a spus:

- Adică, ești de acord, nu-i așa, că e posibil să ne împăcăm?
- Că mintea ta poate să facă să fie așa?
- Nu, adică l-aș putea aduce înapoi dacă aș... pur și simplu știu că sunt căi de a face asta. Ești de acord cu asta, în principiu, nu?
- Sunt de acord că un copil abandonat la școală e nevoit să creadă că trebuie să existe o cale de a scăpa din asta, atunci când realitatea nu se schimbă.

— Dar ce vreau să spun, îți pun doar o întrebare teoretică, nu despre soțul meu, crezi că nu există nicio cale de a-i face pe oameni să se întoarcă?

— Nu, nu spun asta.

— Deci, ești de acord că e posibil.

— Teoretic, da. În realitate, în realitatea ta, îmi pare rău să-ți spun, dar nu, nu sunt de acord. Țasta este sentimentul meu, dar nu am puteri de-a prezice viitorul.

— Ok, dar asta înseamnă că încă e posibil ca soțul meu să se răzgândească, deci acum ești de acord cu mine?

— Cred că ești atât de dornică de a-ți face mintea să forțeze realitatea să fie așa cum ți-o dorești, încât încerci să mă obligi și pe mine să mă supun dorințelor tale.

— Nu cred că fac asta. Cred că doar încerc să clarific ceva aici, pentru că pun multă valoare pe ceea ce îmi spui.

— Cred că ești cuprinsă de o durere cumplită și îmi arăți cum crezi că mintea ta poate crea o realitate.

— Dar asta nu-i decât opinia ta, corect?

— Da, asta e doar perspectiva mea.

— Te-ai putea înșela.

— Da, nici mintea mea nu determină realitatea, la fel cum nici a ta nu o face.

Timp de câteva zile, conversațiile noastre au continuat sub această formă, uneori de-a lungul întregii ședințe de 90 de minute, iar agitația lui Helen era extremă. Dar după șase săptămâni de lucru, consecvența explicației a început să funcționeze ca fenomen psihic tranzițional. Când făcea treceri la act, spunea: „Știu ce o să spui...”, iar eu îi răspundeam: „Adică, știi ce o să spui *tu*” și continuam tot așa. În acel punct, explicația era pur și simplu un introiect — erau cuvintele mele, dar treptat deveneau

concepte pe care Helen le înțelegea drept traduceri corecte ale prezentului și trecutului ei. În cele din urmă, ele au devenit proprietatea ei și, pe măsură ce acest lucru se desfășura, și-a revenit din prăbușirea psihică.

La sfârșitul analizei, Helen își amintea de prăbușirea ei drept un eveniment puternic, care-i schimbase viața. Până atunci, înțelegerea ei cu privire la aspectele exacte se dizolvase și se transformase în comentarii vagi despre a fi supraatașată și prea anxioasă. Totuși, apăruseră noi structuri psihice. Privea cu regularitate în lumea ei internă, aducea vise și gânduri cu privire la ce se întâmpla. Avea mai puțini prieteni ca înainte, întrucât calitatea hipomaniacală a relațiilor ei se diminuase, dar prietenii ei erau mai profunde, pentru că ea însăși prinsese rădăcini mai puternice.

Tipurile de conversații descrise mai sus pot să nu fie prea similare analizei tradiționale. Cu toate acestea, în asemenea situații, analistul și pacientul perlaborează *cu adevărat* ceva și fac acest lucru într-o manieră destul de conștientă.

Cercetările filosofului-psiholog Radu Bogdan ar putea să ne ajute să înțelegem cum funcționează psihanaliza la acest nivel.¹⁶ El prezintă o teorie interesantă asupra „metamentalului” (cu privire la mental) și a „reflexivității” (o minte care se gândește la propriile-i gânduri), argumentată pornind de la dezvoltarea, din copilărie și până în viața adultă, a relațiilor între minți. Cred că el ar susține că, implicându-l pe pacient în acest mod, îi dezvoltăm analizandului capacitatea *intermentală*, care va conduce în cele din urmă la sporirea capacității *intramentale*.

Găsesc că este o manieră utilă de a contribui la conceptualizarea acestor aspecte și majoritatea analiștilor ar fi probabil

¹⁶ Vezi Hirsh, James (2003). *Shakespeare and the History of Soliloquies*. Madison and Teaneck, NJ: Fairleigh Dickinson University Press. (N.a.)

de acord, cel puțin parțial. Însă Bogdan ignoră complet cerearea adusă minții de către vis. Concentrându-se asupra visului drept stră-eveniment psihic care provoacă asociații și predicții, teoria lui Freud asupra reflexivității merge mult mai în profunzimi decât simpla internalizare a raporturilor psihice cu ceilalți. Deși anumite aspecte ale travaliului pe care le-am prezentat aici pot fi descrise în termenii lui Bogdan, fondul principal al acestei forme de perlaborare analitică constă în legarea consecventă a procesului de gândire conștient al analizandului cu viața sa inconștientă. Intrând în conexiune cu mintea analistului — dezvoltând capacități intermentale care devin structuri intramentale —, pacientul încurajează și relația dintre conștient și inconștient, dintre două moduri diferite de gândire care se influențează reciproc. Această activitate îi oferă conștientului un dinamism al relațiilor cu obiectul, care a lipsit sau a fost prea puțin utilizat în viețile acestor analizanzi.

Schimbările care au loc între analist și analizand în astfel de momente pot părea a fi pur și simplu unele de dialogare, de exemplificare a comportamentului extern. Eu cred însă că acestea sunt, de fapt, un mod de a ilumina *experiența mentală*. Deși este, firește, imposibil, să-i citim altcuiva gândurile, acest tip de dialog se apropie de un solilocviu dramatic. Așa cum punctează James Hirsh, solilocviul nu a avut niciodată la bază intenția de a ilustra vorbirea internă; nu vorbim cu noi înșine în felul acesta.¹⁷ Dar cu siguranță că exemplifică ceva cu privire la viața psihică.

Activitățile intermentale exemplificate mai sus le permit analizanzilor să observe și să trăiască *in situ* modul în care gândesc. Nu este vorba că și-ar auzi gândurile, cât mai degrabă că își

¹⁷ Vezi Hirsh, James (2003). *Shakespeare and the History of Soliloquies*. Madison and Teaneck, NJ: Fairleigh Dickinson University Press. (N.a.)

trăiesc procesul mental. Făcând acest lucru în mod repetat, mentalul le devine îndeajuns de pus în scenă încât să poată deveni un obiect pasibil de a fi privit și luat în considerare. În același timp, deși se poate ca analistul să introducă anumite idei sau conținuturi, încă mai important este că el demonstrează *forma* în care funcționează mintea psihanalitică, indicând o manieră specifică de a gândi cu privire la sine. Acest fapt îi conferă treptat pacientului capacitatea de a înțelege cum îi funcționează propria minte, ce tipare de gândire îl caracterizează și cum l-au îndreptat acestea pe căi greșite în momente cruciale.

În prezent, se pune extrem de mult accentul pe teoria conștientului și prea des se întâmplă ca, din neatenție, să fie promovată iluzia că planul conștient este autodeterminat. În fapt, chiar și dacă ne concentrăm asupra unei sarcini care pare supusă logicii obiectivelor sale, legăturile care conectează între ele momentele de conștiință sunt întotdeauna inconștiente. Cel mult există o paralelă neconectată între curentul de idei conștiente și gândirea inconștientă subiacentă. Studiile detaliate asupra procesului de asociere liberă demonstrează în mod clar că fluxul de gânduri conștiente este determinat inconștient.

Chiar și oamenii de știință, desemnați gardieni ai obiectivității, vor admite faptul că, deși își propun să urmeze o cale riguroasă a observației determinate conștient, momentul de revelație — ivirea bruscă a gândirii lucide — îi surprinde adesea din senin. Cu toate eforturile conștientului, gândirea inconștientă constituie sursa și ghidul creativității personale și în toate psihanalizele există o intimitate fascinantă între gândirea conștientă și cea inconștientă.

Am subliniat valoarea furnizării unui rezumat clar care să-i explice persoanei de ce se află într-o stare de prăbușire psihică

și care adesea conduce la o serie de discuții provocatoare, în spațiul a ceea ce Bogdan numește „relații intermentale” Pe măsură ce are loc schimbul de gânduri, mințile se extind și se supun unui exercițiu, iar pacientul utilizează acum în mod activ gândirea conștientă, în condițiile în care înainte se poate să fi reflectat foarte puțin cu privire la propria viață.

Chiar dacă gândurile pacientului par determinate de apărări, impregnate de dorințe sau nesfârșit de repetitive, dacă analistul îl angajează în această activitate intermentală, atunci s-a construit fundația pentru explicații transformatoare substanțiale, care vor fi structuralizate de pacient. Este însă important faptul că pacientul va fi descoperit o manieră de a-și gândi gândurile față de sine însuși, bazată pe o procedură dialectică, una care îi permite minții să își trăiască toate realitățile într-un mod extrem de dinamic. Ulterior, mintea sa va crea astfel de raporturi atât cu alte minți, cât și cu lumea obiectelor. De asemenea, va fi pregătită să primească conținuturi psihice inconștiente și moduri inconștiente de gândire, astfel că sunt stabilite bazele unei noi activități intramentale; nu între două tipuri conștiente de gândire aflate în conflict, ci între conștient și inconștient.

Schimbarea psihică

Raționamentul din spatele metodei pe care o propun se bazează pe ipoteza că, dacă un psihanalist sau un psihoterapeut poate simți când pacienții se află în etapele de început ale unei căderi mentale, atunci îi poate prinde înainte de a se decompensa.

Ceea ce sugerez este că o prăbușire psihică constituie o necesitate psihologică, mandatată de apariția problematichilor până acum amânate, ce își au originile în evenimente trăite pe parcursul vieții timpurii a persoanei sau într-o dezintegrare cauzată de slăbiciunea Eului. Deși această irumpere poate fi un eveniment terifiant, atât pentru pacienți, cât și pentru familiile și prietenii lor, confruntarea cu amintiri pline de semnificații profunde, cu strategii psihice și cu emoții dureroase din trecut poate transforma catastrofa iminentă într-un spațiu potențial de schimbare profundă.

Privind înapoi la Emily, Anna și Mark, anumite aspecte sunt clare în ce privește schimbarea psihică.

Apariția unor fapte emoționale puternice, anterior ascunse, este însoțită de o comunicare aproape directă dinspre traumele menținute de sinele copilului și dinspre vulnerabilitățile interne rămase acolo din vechime. În mod inevitabil, acest

lucru înseamnă că o persoană care suferă o prăbușire psihică va regresa și, adesea, într-o manieră alarmantă. Anna și-a pierdut controlul sfincterian. Plânsul lui Mark era urletul unui hibrid bărbat-bebeluș. Forța năucitoare a sinelui-în-prăbușire poate avea un impact agonizant dacă analistul nu a făcut pregătiri adecvate pentru a conține situația.

Intensificarea suferinței i-a acordat analizei o oportunitate neobișnuită de a fi eficientă prin intermediul nevoii incredibil de crescute a pacientului de a primi îngrijire analitică. La instalarea crizei, acest fapt a implicat o adaptare din partea analistului: un număr mai mare de ședințe; ședințe extinse; o echipă de sprijin. Acestea au creat un mediu de susținere care a avut atât un efect de îndeplinire a nevoilor curente ale pacientului, cât și unul de furnizare a unui obiect diferit de cel care făcuse parte din istoria psihică timpurie a acestuia.

Mama și tatăl lui Emily o abandonaseră la niște rude pe vremea când ea era foarte mică. Mama Annei nu găsisese în ea fiica pe care și-o dorise și dezvoltaseră o relație rece, pusă în umbră de idealizarea tatălui; ceva pe care a continuat să se bazeze pentru tot restul vieții. Mama lui Mark era o fire slabă, iar tatăl distant și uneori crud, dar el știa că se folosisese de eșecurile părinților ca arme cu care să-i pedepsească. A reacționat prin a-și dezvolta un sine izolat, strategic direcționat înspre o cruzime de opoziție: îl va ține pe celălalt în spatele porților încuiate ale vieții lui.

Pe măsură ce acești pacienți s-au prăbușit, în parte drept consecință a respingerilor venite din partea celor pe care-i iubeau, strategiile lor defensive au cedat și s-au întors la traumele originare care creaseră un defect fundamental în cadrul personalităților lor. Sunt convinși că nu a mai fost nevoie de ani de analiză a acelor apărări datorită faptului că intensitatea crizei

a fost conținută acolo și atunci prin înțelegerea nevoilor acestor pacienți.

Emily a devenit furibundă, iar eu i-am îndurat furia și am legat-o de originile ei. Deși sentimentul ei de sine a rămas oarecum șubred, a ieșit din criză ca individ mai puțin rece și rigid, mai conectat emoțional cu alți oameni. Atunci când Anna a acceptat îngrijirea oferită, s-a fărâmițat, dar puternica ei înțelegere intelectuală i-a permis să utilizeze interpretările mele drept obiecte transformatoare. Devastarea lui Mark era lipsită de precedent în viața sa adultă, dar, deși lumea dimprejur i se prăbușea, a putut realiza că acesta era un eveniment de o remarcabilă importanță în viața lui. Transformarea cicatricilor crude ale trecutului într-o istorie emoțională coerentă a avut un efect de profundă eliberare și integrare. Părți dispartate ale personalității lui s-au încheat, iar un bărbat a cărui înțelegere de sine fusese foarte limitată a descoperit deodată că el însuși are sens.

În fiecare caz, aceste momente transformatoare au schimbat axiomele care fuseseră fundamentale pentru perspectiva acelei persoane asupra vieții și pentru poziționarea sinelui său. Emily a abandonat presupunerea că, pentru a supraviețui, trebuia să-și formeze un atașament față de un altul la fel de perturbat. Structura ei psihică i-a permis acum să se elibereze de astfel de atașamente și, indiferent cât de vulnerabilă o făcea această libertate să se simtă, sinelui i s-a deschis calea către experiențe de viață mai bogate.

Anna a abandonat axioma conform căreia valoarea sinelui era dată numai de adorația celorlalți față de succesele ei. În locul acesteia, era acum o nouă realizare cu privire la faptul că ea nu fusese niciodată o ființă ideală și că recunoașterea

imperfecțiunilor ei îi dădea un sentiment de ușurare îndurător. Acest fapt i-a adus o capacitate de empatie față de sine însăși, dar și față de alții.

Mark trăise conform axiomei că „ochi pentru ochi” trebuie să constituie reacția imediată la orice indiciu de respingere; trebuia să închidă poarta de trecere a capacității sinelui de a iubi. Acest lucru i-a creat o iluzie de putere și de direcție, dar, în realitate, a avut drept rezultat un univers emoțional izolat și îngustat. Atunci când a descoperit că îi poate permite iubirii să se mențină în urma respingerii, acest fapt i-a acordat posibilitatea de a intra în contact cu durerea psihică — clivată cu foarte mult timp în urmă — de a-și iubi mama și tatăl.

Nu este posibil să anticipăm cât timp îi va lua unui pacient să ajungă în acest punct. Poate nu este surprinzător că acei pacienți cărora le-am oferit ședințe pe toată durata zilei au avut parte de schimbări mai rapide și, din anumite puncte de vedere, mai profunde decât cei cu care am lucrat sub forma unei analize extinse de-a lungul unei perioade mai lungi. Alte variabile par să fie într-un fel legate de natura psihopatologiei persoanei, deși nu este întotdeauna valabil.

Dacă este ceva care să dicteze ritmul recuperării, cred că se poate să fie vorba de abilitatea cu care am surprins semnele îndreptării spre o prăbușire psihică și adecvarea strategiei de lucru alese. Dar mai depinde și de capacitatea analizandului de transformare a Eului: viteza cu care acesta se poate îndrepta din spre apărarea suferinței sinelui împotriva înțelegerii (interpreta-tă drept o amenințare asupra siguranței sinelui), prin intermediul funcției transformatoare a psihanalizei prăbușirii psihice care dizolvă apărările Eului, înspre descoperirea unei căi a sine-lui nou construite.

După ce analizandul își revine din prăbușirea psihică, are loc un lucru destul de curios... sau poate nu. Pacientul pare să nu-și amintească aproape deloc ce s-a întâmplat sau unde se afla în timpul acestor intense perioade de timp. Acest lucru se datorează în parte, fără îndoială, faptului că experiența nu este explicabilă verbal, dar îmi pare să mai existe un factor. Este ca și cum pacientul este învăluit de o formă de amnezie de protecție — asemenea amneziei din copilărie —, acesta mergând apoi înainte prin viață, transformat, dar ca și cum noul sine ar fi fost dintotdeauna acolo.

Nu există nicio formă de apărare în jurul acestei stări a sine-lui și nici nu sunt de părere că motivul este că persoana a uitat că a parcurs niște experiențe de o asemenea profunzime. Cred că este mai degrabă vorba despre faptul că procesul care a avut loc, care a intrat în conștient sub diverse forme, s-a întors acum în viața inconștientă și într-o nouă organizare a Eului. Partea conștientă a persoanei își poate aminti că a existat o prăbușire psihică, dar se păstrează foarte puține amintiri ale experiențelor emoționale care au fost incluse în acest remarcabil progres.

Se poate să fi fost un progres, dar este, de asemenea, una dintre cele mai agonizante experiențe pe care le poate avea cineva. Odată ce a fost depășită, oamenii sunt dornici să meargă mai departe. Ei reintră în viața cotidiană, uneori cu o sfiială inițială, dar mai apoi cu o implicare viguroasă. Instructiv, transformator și teribil, colapsul este acum în trecut. Nu are de ce să fie reținut drept un moment emblematic.

Reluarea tiparului anterior al analizei — orele stabilite inițial, duratele obișnuite ale ședințelor — este întâmpinată cu ușurare și n-am auzit niciodată vreun pacient plângându-se de pierderea intensității care caracterizase perioada prăbușirii psihice. Privesc

acest lucru ca pe un semn bun, o indicație că pacientul „a utilizat obiectul” și că, sub auspiciile instinctului de viață, îl poate lăsa în urmă.

Atunci când o prăbușire psihică este întâmpinată de psihanaliză, sinelui i se oferă un altul simțitor, răbdător, dedicat și înțelegător. Faptul că acesta apare într-un astfel de moment de nevoie acută are un profund impact vindecător atât pentru prezent, cât și pentru trecut.

Concluzii

Nicio psihanaliză nu este obișnuită. Pe parcursul carierei sale, analistul se va confrunta cu manierele remarcabil de diferite în care oamenii ocupă spațiul și utilizează procesul analitic.

Cu toate acestea, există elemente constante. Unul este cadrul — 45 de minute, patru sau cinci ședințe pe săptămână, de-a lungul a câțiva ani, într-un spațiu constant — și altul este procesul; pacientul vorbind liber, fără a căuta o semnificație, analistul ascultând liber, fără a avea un plan conștient. Generic vorbind, structura psihanalitică tradițională va fi mai mult decât adecvată pentru a gestiona regresiiile și nevoile clinice ale analizandului, cu ajutorul unei slăbiri treptate a apărărilor și rezistențelor Eului, permițând dezvăluirea ipotezelor arhaice în cadrul transferului.

Această carte a argumentat necesitatea modificării, în anumite situații, a cadrului analitic, *dar nu și a procesului*. Noua structură este pusă temporar în lucru, pentru a-l ajuta pe analizand să parcurgă o criză, iar apoi să-i permită o întoarcere la stabilitatea și siguranța contractului obișnuit.

Până și cel mai experimentat analist se va simți anxios atunci când se va confrunta cu tipurile de situații descrise aici. Anxietatea semnal este un indicator psihic vital, care îl conduce

în mod firesc pe clinician înspre a se întreba cum pot fi îndeplinite nevoile pacientului în cadrul circumstanțelor clinice modificate. Unii clinicieni se vor gândi imediat să recomande un coleg, pentru prescrierea de medicație adecvată problemei și care, să sperăm, va alina starea tulburată a analizandului. Alții vor face aranjamente pentru o perioadă de spitalizare. Cititorul își va fi dat însă seama până acum că eu privesc prăbușirea psihică în contextul psihanalizei drept un eveniment potențial transformator, care poate conduce la un progres, atâta vreme cât analistul nu face decât să ofere mai multă psihanaliză.

Din punctul meu de vedere, spitalizarea unui analizand care suferă o prăbușire psihică reprezintă un dezastru psihologic. Deși se poate ca aceasta să aline starea psihică a pacientului pe termen scurt, este cam același lucru cu a-ți duce copii la orfelinat pentru că nu reușești să-i gestionezi. Într-adevăr, a fi înconjurat de o serie de membri ai personalului clinic, cu toții îmbrăcați în alb, într-un salon antiseptic, este similar cu a renaște într-un mediu non-uman. Dacă analistul dorește ca pacientul său să evite un *après-coup* traumatic în urma internării, opinia mea este că nu are de ales.

Dar dacă psihanalistul își asumă totuși această sarcină, ține de responsabilitatea sa să explice cu claritate de ce recomandă modificările de cadru. Se poate să existe inițial niște rezistențe, iar eu le consider pe acestea ca fiind un important indicator al forței Eului; a dorinței analizandului de a rămâne în propria-i viață și de a utiliza mijloacele sale obișnuite de a face față distresului. Dar, în general, analizanzii care se află într-o criză acută vor accepta aceste modificări aproape imediat, folosindu-se de acest timp suplimentar pentru câtă vreme este necesar ca această prăbușire să-și urmeze cursul.

Am recomandat ca fiecare clinician care lucrează în această manieră să-și constituie o echipă care să-i poată asista pe analist și pacient în perioada de criză. Chiar dacă psihanalistul este și psihiatru, este important să fie implicat și un alt coleg, pentru un al doilea punct de vedere. Echipa din afara spitalului oglindește tipul de îngrijire care ar fi în mod normal furnizat într-un cadru spitalicesc, iar experiența mi-a demonstrat că sprijinul acestei echipe are pentru pacient atât un sens emoțional, cât și unul practic, chiar dacă există o oarecare reticență inițială la a accepta oferta.

Cu siguranță că niciun clinician începător nu ar trebui să își asume un travaliu de acest tip în absența unui supervisor cu experiență, care să aibă rolul de co-clinician suplimentar. Cu toate acestea, nu recomand ca practicienii cu experiență să facă apel la o supervizare într-o astfel de perioadă. Odată ce analistul acceptă sarcina, ar trebui să se ghideze în primul rând după logica inerentă a asociațiilor libere și a utilizărilor transferului de către analizand; un vocabular mult prea complex pentru a fi tradus adecvat unui altul, care să supervizeze cazul. Oricât de bineintenționate, comentariile colegilor cu privire la ce consideră ei că are loc „cu adevărat” au mai multe șanse de a rupe contactul inconștient vital al analistului cu pacientul său.

În 35 de ani de lucru, în maniera descrisă, cu persoane aflate pe cale să sufere o prăbușire psihică, nu a trebuit niciodată să spitalizez un pacient. N-am nicio îndoială că acest fapt se datorează parțial norocului, dar cred că ne spune totuși ceva despre eficacitatea acestei extensii a psihanalizei. Dacă aș fi simțit că tratamentul analitic intensificat nu funcționa, nu aș fi ezitat să apelez la internarea unui pacient. Pur și simplu, nu s-a întâmplat niciodată să fie necesar.

Winnicott considera deconstruirea apărărilor sinelui fals drept o premisă indispensabilă pentru o analiză de succes și, astfel, considera regresia drept meritorie prin ea însăși. Existau multe situații clinice în care analizanzii săi deveneau extrem de dependenți de el, renunțând la funcționarea de nivel înalt — muncă, obligații de familie ș.a.m.d. — în beneficiul descoperirii unui sentiment al „realității personale”, a sinelui adevărat.

Pot însă exista grave capcane dacă cineva prioritizează acest sentiment al realității personale în detrimentul capacității de a trăi în lumea externă. În vreme ce Winnicott — precum și Balint, Khan, Coltart și alții — se poate să fi fost experți în gestionarea regresiei obișnuite la dependență, eu sunt de părere că promovarea unei stări de dependență primitivă, profundă, față de analist este imprudentă și contraproductivă.

Pe tot parcursul travaliului cu un pacient în criză pun în discuție sănătatea Eului acestuia: abilitățile în viața profesională, succesul în relații, punctele forte ale discursului ș.a.m.d. Fac acest lucru pentru că prăbușirea actuală îl va face să-și piardă din vedere resursele, iar dacă această situație se menține, atunci pacientul se poate pierde într-o regresie malignă. Într-un asemenea caz, prăbușirea psihică devine debutul unei debilitări care îi va marca tot restul vieții.

Referirile la resurse sunt aproape ca o menținere în încăpere a unui prieten imaginar. Acel prieten este ființa sănătoasă și vitală din interiorul persoanei. Dacă nu pierdem din vedere acest lucru și ne referim frecvent la el, această ființă vitală se transformă în obiectul central de dependență. De vreme ce analistul este investit cu sarcina de a gestiona cadrul și de a stabili mediul de susținere, el este investit proiectiv cu prezența reziduală a unei figuri maternale și paternale de magnitudini profunde. Dar el

trebuie să nu-și asume niciodată aceste roluri *cu prețul* sănătății Eului pacientului. Este crucial pentru toți analizanzii — aflați fie într-un tratament tradițional, fie în această formă intensificată de analiză — să fie conștienți și să depindă de propriile lor resurse, mai degrabă decât să renunțe la propria creativitate și să depindă de îngrijirea analistului.

Fără îndoială că Winnicott nu ar fi de acord cu accentul pe care îl pun pe trăsăturile pozitive incluse în repertoriul adaptativ al pacientului. Nici mulți analiști contemporani nu ar fi de acord. În timp ce interpretarea rezistențelor, a apărărilor, a comunicărilor transferențiale și a fantasmelor inconștiente constituie norma, există extrem de puține referiri în literatură cu privire la responsabilitatea analistului de a acorda o atenție directă resurselor Eului analizandului, fie ca personalitate, fie ca ființă relațională, fie ca profesionist.

Firește, părțile distructive ale oricărei persoane pot să invi-dieze părțile sale pozitive, caz în care ura față de analist se poate intensifica dacă ele sunt evidențiate. Unii pacienți îl vor acuza pe analist că este nesincer sau că încearcă să le „vândă gogoși”. Aceste reacții par însă să fie mai puțin frecvente atunci când pacienții se află într-o stare de criză decât în cadrul analizei obișnuite. Când un individ se simte devastat și abandonat de propria persoană, există un sentiment de ușurare palpabil care însoțește crearea de astfel de legături cu aspectele sănătoase, iar aceasta devine o formă valoroasă de relație cu obiectul între părțile perturbate și cele generative ale sinelui.

Cu certitudine cea mai importantă relație pe care o are oricare dintre noi este relația cu propriul sine. Pe cât de dificil ar fi de conceptualizat acest lucru, cred că William James și Herbert Meade au fost aproape de a o face atunci când au pus în discuție

relația dintre „eu” și „mine” Atunci când o persoană suferă o prăbușire psihică, este ca și cum „mine”-le s-a pierdut sau ca și cum n-ar mai exista nicio cale de a-i vorbi sau de a-l reprezenta. Descriind aspectele pozitive ale persoanei, analistul se adresează în mod direct „mine”-lui acesteia, chiar și în momentele când pacientul a pierdut contactul cu el sau i-a întors spatele, din dezamăgire sau din ură.

Ar trebui să punctez faptul că metodologia explorată în această carte nu are scopul de a fi considerată o invitație pentru populația pacienților. Majoritatea covârșitoare a analizanzilor mei nu au știut niciodată că pun la dispoziție ședințe extinse sau psihanaliză intensificată, acesta fiind unul dintre motivele pentru care nici nu am discutat, nici nu am scris până acum despre această metodă în Anglia. În mod cert nu recomand ca practicienii care sunt interesați de a utiliza această extensie a analizei să o prezinte ca opțiune colegilor ori pacienților lor.

Acest fapt mă aduce la o altă chestiune cheie. Ce trebuie făcut în privința unui analizand care întreabă sau poate chiar solicită o analiză intensificată? Din când în când, analistul va întâlni câte o persoană care este gratificată de ideea unor ședințe suplimentare și care poate chiar să se comporte într-o manieră care să le facă să pară necesare. Am discutat despre unele aspecte ale acestei chestiuni în cartea mea *Isteria* și nu voi repeta aici în detaliu motivele pentru care nu m-aș supune unei asemenea solicitări. Ar trebui totuși să subliniez faptul că scopul celor prezentate în această carte este ajutarea unei persoane să ajungă de la o prăbușire psihică la un progres, nu preluarea unui rol de complice la o punere în scenă menită să prezinte în mod dramatic lumea internă a persoanei, ca o formă de manipulare.

Așadar, există unii indivizi pentru care nu aș recomanda o analiză extinsă: în mod deosebit, oricine denotă un caracter isteric malign, care va trăi regresia ca scop gratificant în sine. Ar trebui să ne gândim cu precauție la ședințele extinse oferite unor pacienți cu grave tulburări borderline și paranoide. Cred că diferența este dată aici de gradul în care prăbușirea psihică iminentă va deschide persoana către părți ale personalității sale care au fost izolate prin apărări borderline sau paranoide.

Unele dintre întrebările care s-au ridicat, fără îndoială, în mințile cititorului vor fi abordate în capitolul următor, care este dedicat întrebărilor primite frecvent.

Întrebări

INTERVIEWATOR: SACHA BOLLAS

SB: Una dintre premisele tale este că aceste ședințe intensificate sunt pur și simplu o extensie a analizei obișnuite, dar, în același timp, aceasta nu este o experiență analitică obișnuită. Deci, ai putea să clarifici la ce te referi exact?

CB: Nu există nicio modificare a modului în care analistul îl ascultă pe analizand, este atent la logica asociațiilor libere, la mișcările personalității și la toate celelalte aspecte ale unei analize obișnuite. Ba chiar este esențial ca ședința extinsă să rămână obișnuită, pentru ca analistul să rămână același obiect constant ca înaintea acestei modificări a cadrului.

SB: Dar atunci când implici un psihiatru, un asistent social, un șofer, cu siguranță că are loc o îndepărtare *dramatică* de la ce-am numi o analiză obișnuită, nu-i așa?

CB: Îmi dau seama că ar putea părea o îndepărtare dramatică de la practica tradițională. Însă pacientul care trece printr-o prăbușire psihică nu resimte aceste lucruri ca pe niște schimbări radicale, ci ca pe niște adaptări esențiale. Dacă pacientul le

percepe ca prea dramatice, atunci probabil că analistul a făcut o evaluare greșită a situației.

SB: Echipele Regionale de Asistență Socială nu mai există în Anglia sub forma în care existau în anii '70 și sunt multe țări în care ceea ce propui ar fi imposibil din diverse motive. Vezi și alte moduri prin care echipa de suport pe care ai creat-o să poată fi alcătuită în mediul din prezent?

CB: Este foarte importantă prezența unui psihiatru, care să sprijine perechea analitică. Este adevărat că nu mai avem în Marea Britanie Serviciile Sociale de pe vremuri — o situație foarte nefericită —, dar gestionarea acestui palier al lucrurilor se încadrează acum spectrului din ce în ce mai divers al psihiatrilor. Dacă ei hotărăsc că ar mai trebui implicați și alții în acest proces — precum membri ai familiei, prieteni sau, spre exemplu, o îngrijitoare —, atunci aceștia își vor asuma o funcție de coordonare.

SB: Întorcându-ne la chestiunile de tehnică, mulți ar susține că nu este psihanalitic din partea psihanalistului să transmită vreo investiție specială în a îmbunătăți situația pacientului. Ai scris în cadrul altei lucrări că scopul psihanalizei este asocierea liberă, dar pare că aici ai schimbat obiectivele; nu te mai rezumi doar la a-ți analiza pacientul, ci reacționezi într-o manieră care indică intenția de a-ți oferi ajutorul. Nu modifică acest lucru rolul analistului?

CB: Îl anunță pe analizand că analiștii au formarea necesară pentru a însoți pe cineva care suferă o prăbușire psihică, la fel cum avem o formare pentru a lucra cu persoane suicidare, care fac treceri la acte grave ș.a.m.d. Se poate ca aceste prăbușiri

psihice să nu aibă loc în majoritatea analizelor, dar ele sunt totuși suficient de comune. Cred că analiștii din întreaga lume își vor adapta uneori tehnica obișnuită și ar considera modificările făcute drept deviații normale.

SB: Deci, ceea ce spui este să se mențină o atitudine analitică chiar și în cazul în care circumstanțele se modifică?

CB: Da, asta spun. Într-adevăr, cred că atunci când variatele „școli” de analiză și-au expus opinia cu privire la ce consideră a constitui noi tehnici, s-a dovedit că multe dintre acestea sunt, de fapt, ajustări aduse sarcinilor clinice specifice. Spre exemplu, abordările tehnice ale tulburării narcisice de personalitate oferite de Heinz Kohut și Otto Kernberg ar putea părea ireconciliabile, dar este posibil ca ambele să fie potrivite pentru același analizand, în momente diferite din cursul analizei. Cred că tehnica winnicottiană este adecvată pentru personalitatea schizoidă, cea kleiniană pentru borderline, cea lacaniană pentru obsesionalitate ș.a.m.d.

SB: Ar exista posibilitatea ca evaluarea pe care o faci tu unei persoane ca aflându-se într-o stare de potențială prăbușire psihică să fie mai degrabă o percepție individuală; ca alții să n-o vadă în aceeași lumină?

CB: Ei bine, în Anglia și cred că în Europa în general, există foarte puține dezacorduri în privința indiciilor de prăbușire psihică iminentă a analizanzilor noștri. Are loc o diminuare evidentă a capacității lor de a face față îndatoririlor zilnice, însoțită de o sporire la fel de vizibilă a sentimentului lor de neajutorare și de niveluri sever crescute de neliniște psihică. Este limpede că pacientul este învăluit de straturi de anxietate și de depresie, iar

acestea vor conduce curând către o depresie clinică sau o depresie agitată, atacuri de panică acute, tulburări de somn ș.a.m.d. Observarea acestor modificări îi va provoca oricărui analist o anxietate semnal.

SB: Dar cu siguranță că s-ar putea aduce obiecții cu privire la faptul că abordarea pe care o descrii constituie o trăsătură atât de personală a metodei tale de lucru încât nu ar fi utilizabilă de către alții — și nici nu ar putea fi predată.

CB: Nu cred că alți analiști și terapeuți bine pregătiți nu ar putea lucra în această manieră. Chestiunea pe care am încercat să o abordez este că prea mulți clinicieni nu știu ce să facă atunci când își văd pacienții în această stare. S-ar putea să considere că simpla menținere a analizei de cinci ședințe pe săptămână va fi îndeajuns, dar, de-a lungul timpului, m-am convins că acest lucru pur și simplu nu este adevărat, iar mulți dintre acești pacienți sunt spitalizați. Așa că eu sugerez doar că, atunci când un clinician vede că se întâmplă așa ceva, ar trebui să ia în considerare o abordare psihanalitică intensificată, mai degrabă decât alte intervenții, precum medicația sau internarea, care ar perturba procesul analitic și nu le-ar furniza pacienților ceea ce au nevoie.

SB: Susții că un clinician începător s-ar descurca? Nu crezi că o asemenea schimbare radicală de tehnică necesită mulți ani de experiență?

CB: Asta depinde într-un totul de analistul respectiv. Mai mult decât orice, experiența poate conduce la o osificare psihică și nu sunt sigur că asta ar funcționa în favoarea acestor oameni. Deși într-un capitol anterior am indicat faptul că, în principiu, nu este necesar să fii un clinician cu extrem de multă experiență pentru

a aplica această metodă, cu siguranță că un începător ar beneficia de pe urma unei supervizări și, în mod cert, de pe urma unei colaborări. În general, toți clinicienii începători ar trebui să se afle într-o supervizare în asemenea situații, atâta vreme cât nu simt că ar interfera cu comunicările inconștiente pe care i le transmite pacientul. Dar toți clinicienii au nevoie de o echipă sau de un psihiatru foarte competent, care să sprijine un travaliu de acest tip. Aveam doar vreo 33 de ani când o aveam în analiză pe Emily, dar mă pregătisem deja pentru această posibilitate, constituindu-mi o echipă. Din acest motiv, mă simțeam conștient și oarecum asigurat că cel puțin știam ce e de făcut dacă analiza extinsă n-ar funcționa. Asta nu mă făcea să mă simt mai sigur pe mine, dar diminua acele anxietăți care îl pot cuprinde pe analist și pot interfera în travaliul cu o persoană aflată într-o prăbușire psihică. Așa că, dacă un analist tânăr are un pacient fragil, care este posibil să se prăbușească, atunci mi-ar părea înțelept să-și constituie o echipă de suport, să se gândească bine la ce extensie de timp ar fi cea mai potrivită pentru nevoie pacientului și să se asigure că intervine înainte ca pacientul să intre în colaps.

SB: Deci nu ești de părere că experiența este un factor crucial?

CB: Cred că experiența este importantă, dar nu sunt de acord cu opinia că analiștii și terapeuții de puțin peste 30 de ani sunt lipsiți de experiență sau neevoluați. Sunt, totuși, adulți, cu o educație înaltă și cu experiență de viață.

SB: Spui că, deși ședințele tale de-o zi întreagă nu s-au prelungit mai mult de trei zile, *în mintea ta* ești pregătit să continui să lucrezi în această manieră pentru cât va fi necesar. Ai putea să detaliezi?

CB: În mintea mea, trebuie să fiu liber de orice presiune de a „face treaba” într-o anumită limită de timp. Altfel, n-aș putea funcționa așa cum am făcut-o. Așa că îmi spun atât mie însumi, cât și pacientului, că vom lucra până când el va fi ieșit din criză. Îi transmit că nu o să mă dau bătut, atâta vreme cât prăbușirea sa psihică nu depășește capacitatea mea, precum și a celor cu care lucrez, de a-l ajuta să treacă prin această perioadă cumplită. La începuturi, nu știam cât va trebui să continuăm așa, dar spre marea mea surprindere și ușurare, am descoperit că nu dura atât de mult. Cred că asta se datorează faptului că nevoia pacientului funcționează în aceeași măsură la nivelul simbolic și la cel real. Ceea ce are nevoie este dedicarea simbolică pentru o perioadă de lucru *potențial* nedeterminată.

SB: Te referi la maniera ta de lucru drept psihanaliză, dar este evident faptul că unii dintre acești pacienți se aflau într-o psihoterapie de una sau două ședințe pe săptămână. Îți afectează acest lucru abordarea atunci când cineva suferă o prăbușire psihică?

CB: Nu. O prăbușire își are propria logică și, din punctul meu de vedere, propriile cerințe clinice specifice. Experiența mi-a demonstrat că, atâta vreme cât clinicianul este pregătit să furnizeze suficientă analiză, aceasta se va dovedi a fi eficientă, indiferent dacă pacientul s-a aflat anterior într-o analiză sau într-o terapie non-intensivă.

SB: Pare să existe o ironie aici: faptul că în zilele noastre, în care TCC¹⁸, TCD¹⁹ și altele promet soluții rapide, ai putea fi considerat ca făcând același lucru.

¹⁸ Terapia cognitiv comportamentală. (N. red.)

¹⁹ Terapia comportamentală dialectică. (N. red.)

CB: Da, într-adevăr, asta ar fi ironic, dar există diferențe fundamentale de perspectivă. În linii mari, punctul de vedere freudian este că un simptom sau o tulburare de personalitate are o *semnificație*. Oricât de dureroasă ar fi, semnificației inconștiente ascunse în simptom sau în trăsătura de personalitate perturbată, ori în tulburările afective, precum depresia, trebuie să i se acorde timp pentru a fi înțeleasă. TCC și alte forme de terapii scurte sunt, de fapt, echivalentele cognitive ale medicației. Scopul lor este de a scăpa persoana de efectele dimensiunii umane asupra conștientului acesteia. Abordarea psihanalitică are cu certitudine ca scop ultim eliminarea durerii psihice, dar nu cu prețul sensului. La momentul prăbușirii psihice, are loc o ieșire la suprafață aproape copleșitoare de gânduri, amintiri și sentimente semnificative. Ceea ce-am descoperit este că o prăbușire psihică are încorporat propriul proces logic. Dacă urmăim această logică, criza trece, iar pacientul iese din ea schimbat. Este ca și cum, odată ce persoana se simte în siguranță, susținută de un altul care o ascultă, se poate lăsa în voia experienței emoționale totale, pe care a amânat-o până atunci. Adevărurile de care s-a tot apărat sunt acum libere să satureze persoana în moduri înalt supradeterminate. Complexitatea faptului de a fi o ființă umană dă năvală și copleșește apărările anterioare; este asemenea unui eveniment natural de proporții. Cu toate acestea, imediat ce se încheie, această saturare cu semnificație conștientă începe să pălească. Oamenii revin la viața obișnuită și, în general, rămân cu puține amintiri ale prăbușirii psihice.

SB: Ești foarte critic cu privire la TCC și TCD, insinuând că dacă sunt utilizate cu pacienți aflați pe cale de a suferi o prăbușire psihică, nu va avea loc decât o mușamalizare a lucrurilor.

Consideri că aceste forme de terapie din ce în ce mai populare constituie niște remedii false?

CB: Sunt sigur că, atunci când sunt folosite în anumite circumstanțe, au un efect util. Dacă participi la seminarii sau citești manuale pe acest subiect, realizezi că ele sunt, în sine, tratamente de autoajutorare de bun-simț. Parcursul terapiei este inițiat de clinician, dar pacientului i se dă o „temă pentru acasă”, deci ele apelează la paradigma profesor-elev, ceea ce sunt sigur că într-adevăr îi ajută pe unii oameni. Unul dintre motivele pentru care cred că sunt *atât* de populare este că ele reprezintă întoarcerea nefirescului; sentimentul că *trebuie* să fie corect așa, pentru că există un profesor și există teme, așa că oamenii pot părăsi lumea adultă și se pot întoarce la școală. Abordările implicit regresive de acest tip — care produc o simplificare a complexităților vieții adulte — vor fi întotdeauna tentante. Dar tratamentul pe termen scurt al unei persoane a cărei personalitate include un defect fundamental nu se va ocupa de chestiunile mai profunde și cred că entuziasmul din prezent față de aceste tratamente, din punctul de vedere al avantajelor financiare, poate fi periculos.

SB: S-ar putea însă argumenta că te folosești de tehnici similare celor ce aparțin de TCC. Spre exemplu, le oferi unor pacienți o descriere în scris a dinamicii lor centrale. Asta nu duce cu gândul la un fel de temă pentru acasă? Nu te folosești de abilitățile cognitive ale pacientului de a se concentra pe un document cu valoare educațională, care are ca scop provocarea unei schimbări?

CB: Dintr-un anumit punct de vedere, cred că TCC, TCD etc. au ocupat un gol lăsat de psihanaliză. Am parcurs o formare

de psihoterapie de scurtă durată sau focalizată în Boston cu Peter Sifneos și în Londra cu David Malan. Am învățat foarte multe de la ei cu privire la cum să te concentrezi asupra unei dinamici centrale, de ce să ai un discurs clar și cum și de ce să te menții la o explicație dinamică a ce se întâmplă. Primul meu psihanalist de la Berkeley lucra și el în această manieră, poate chiar fără s-o știe. Era foarte clar în ceea ce spunea și repeta interpretări nucleare memorabile, iar eu descopeream că mi le aminteam și mă foloseam de ele în timpul săptămânii. Dacă această carte, măcar în parte, îi restituie psihanalizei, dreptul la acte clare, de focalizare pe psihodinamica nucleară, atunci văd acest lucru ca pe unul bun. Și da, chiar *există* ceva în psihanaliză ce aparține de paradigma profesor-elev, doar că aici ambii studiază producțiile inconștiente ale analizandului, iar în ceea ce privește enigmatica dinamicii, aici este vorba mai mult de un parteneriat.

SB: Dar nu ai recomanda TCC pentru un pacient aflat într-o prăbușire psihică?

CB: Nu, categoric nu. Asta ar fi ca și cum i-ai spune unei persoane cu o tulburare de personalitate majoră că va beneficia de pe urma unui curs de judecată sănătoasă. S-ar putea să-i fie cât de cât util, dar nu se va adresa situației subiacente, iar ea și-ar irosi timpul pe speranțe false. Un lucru similar s-a întâmplat în zilele de glorie ale tratamentelor susținute empiric, care au atras sute de mii de oameni în a le practica, le-au mâncat decenii din viață, dar nu le-au transformat personalitățile. Din punctul meu de vedere, aceste tehnici nu pot ajunge în adâncurile sufletelor pacienților, pentru a-i ajuta în privința problemelor de profunzime.

SB: Acest text se bazează pe experiența ta personală cu un număr mic de pacienți. În vremurile noastre, ale cercetărilor bazate pe dovezi, ce fel de dovezi poți oferi care să demonstreze eficacitatea abordării tale?

CB: Sunt pe cât se poate de conștient de nuanța de marketing a termenului „bazat pe dovezi”; constituie arma obișnuită a științelor sociale împotriva științelor umaniste, dar celor care aderă la științele cele dintâi nu le convine faptul că putem învăța mai mult despre ființele umane dintr-un exemplu individual — de pildă, *Hamlet* al lui Shakespeare — decât din întreaga lor istorie de contribuții atent cuantificate. Metoda lui Freud avea o bază umanistă. Studia un singur caz — spre exemplu, *Dora* — și, pornind de la particular, ajungea la concluzii aplicabile universal. Cazurile sale sunt departe de a putea fi considerate științifice, dar tocmai în asta rezidă puterea lor. Cazul *Dora* este un obiect singular, împărțășit, pe care oricine îl poate citi, critica și evalua de unul singur, din nenumărate puncte de vedere. Științele sociale merg pe o altă cale: ele acumulează date, testează ipoteze, colaționează rezultate și publică dovezi. Problema este că, de vreme ce această metodă limitează sever spectrul de variabile posibile, trebuie să fie, la rândul-i, extrem de limitată; ajunge în cele din urmă să examineze și să dovedească aspecte minuscule, aflate la marginea insignifianței. Asta face o diferență categorică față de psihanaliză. Ar fi ca și cum am încerca să comparăm două romane numărând virgulele, punctele și semnele de întrebare din fiecare dintre ele. Ar fi poate interesant să știm rezultatul, dar reflectă oare esența romanelor? TCC nu are nimic de a face cu psihodinamica. Nu pretinde să exploreze mintea. Ceea ce oferă nu sunt decât remedii pe termen scurt ale simptomelor.

SB: Totuși, cei care-ți citeasc cartea sunt aproape invitați la o experiență de lectură bazată pe încredere absolută, nu-i așa?

CB: Nu cer încredere absolută de la cititorii mei. Această carte este rezultatul experienței de-o viață ca psihanalist. Este publicată în speranța că și alții vor dori să exploreze ei înșiși premisa că psihanaliza poate să ofere unei persoane capacitatea de a transforma o prăbușire psihică într-un progres. Modul în care o astfel de carte va fi utilizată și diseminată în viitor nu va mai face parte din experiența mea. Faptul de a fi menținut tăcerea cu privire la ce consider că am descoperit se poate să fi fost convenabil — nu prea mă aștept ca acest text să-mi servească prea mult în fața colegilor —, dar cred că nu am de ales decât să îi dau drumul în lume și să-i las pe alții să vadă ce va ieși cu timpul de pe urma lui.

SB: Pui un mare accent pe atenția cu care îți constitui echipa, pe faptul că ea este acceptată (deși uneori cu rezistențe temporare) de către pacient, dar rar aduci în discuție aspectele transferențiale ale modificării cadrului. Nu sugerez că nu lucrezi cu transferul (o faci cu siguranță), dar punerea la dispoziție a ceea ce este în sine un tratament gratuit — prelungirea ședințelor, uneori chiar călătorii necesare pentru a te vedea cu pacientul —, aceste elemente trebuie cu certitudine să aibă implicații extrem de mari în privința manierei în care te vede analizandul.

CB: Nu și dacă pacientul se află într-o prăbușire psihică. Să ne imaginăm că înoți fără griji în mare, iar pe lângă tine trece un vas plin de oameni prietenoși, care aruncă o scară peste bord și te invită să li te alături. Acesta este, ca să spunem așa, un act de seducție, iar persoanei care acceptă gestul îi va fi clar că ia parte

la un moment seductiv. Însă dacă te afli în mare, pe cale să te îneci, și apare un salvamar care îți aruncă un colac de salvare, te vei agăța de el într-un act instinctiv, pentru că îți va salva viața.

SB: Dar cu siguranță că a fi salvat aduce cu sine o dimensiune transferențială imensă. Ești un salvator!

CB: Nu, sunt un profesionist. Se poate ca un salvamar să îi salveze viața cuiva, dar a fost antrenat să o facă. Este meseria lui. Dacă face ce trebuie să facă, va avea efectul scontat. Persoana care era cât pe ce să se înece este posibil să îi rămână veșnic recunoscătoare acelui salvamar, dar neuitând nici faptul că asta este ceea ce trebuie să facă salvamarii.

SB: Deci, subliniezi în mod clar faptul că acesta este un act profesional și nu o trăsătură idiosincronică a relației tale emoționale cu pacientul?

CB: Exact. Fac și frecvente referiri la mine însumi la persoana a treia — „analistul tău este de părere că” sau chiar „persoana aflată în slujba ta” — tocmai pentru a menține acest aspect în mintea pacientului. Este vorba de o relație profesională. Am fost angajat de această persoană să lucrez cu ea, iar obligația mea este de a o analiza. Uneori, mă voi referi la propria-mi persoană ca la un obiect terț de la începutul analizei și pe tot parcursul ei, fie că sunt în fața unei persoane aflate într-o prăbușire psihică sau nu. De asemenea, ajută să ne păstrăm în minte faptul că mă prezint ca unul dintre membrii unui grup de oameni care îl vor ajuta pe pacient.

SB: Ai senzația că pacienții sunt surprinși când anunți noul contract?

CB: Nu. Nu am menționat asta și ar fi trebuit s-o fac, dar când propun schimbarea de cadru, o rog întotdeauna pe persoana în cauză, atunci când ajunge la ședință, să se așeze în fața mea, să nu se întindă, dacă se află în analiză. Dacă este într-o psihoterapie, încep prin a spune că aș vrea să încep eu ședința. Deci, în ambele cazuri, le provoc o anxietate semnal, ceea ce înseamnă că acum relaționez cu funcțiile de nivel mai înalt ale Eului lor, întrucât aceasta este o necesitate a sarcinii pe care o avem dinainte. De vreme ce urmează să îi propun o modificare a travaliului, cred că pacientul trebuie să revină la poziția pre-analitică, astfel încât, simbolic, să mă pot adresa sinelui său adult.

SB: Nu este într-un fel șocant pentru ei?

CB: Numai dacă ai evaluat greșit situația. Adu-ți aminte că, dacă persoana este pe cale de a avea o prăbușire psihică, atunci cadrul se află deja în schimbare. În acest punct, încerci să furnizezi un cadru nou; unul care este mai potrivit nivelului de decompensare mentală care ți se prezintă.

SB: Deci, prăbușirea psihică a pacientului constituie acțiunea definitivă în determinarea acestor lucruri?

CB: Da, este clar că e nevoie de o abordare diferită din partea analistului. Mulți analizanzi cred de fapt că urmează să ajungă la spital, cu atât mai mult cu cât adesea familia sau prietenii aduc asta în discuție. Ultimul lucru pe care l-ar anticipa ar fi că analistul va sugera o intensificare a analizei.

SB: Este explicit? Discuți cu pacientul despre spitalizare?

CB: Nu. Foarte rar. Discut despre noile linii directive și ne concentrăm asupra noului cadru temporar.

SB: Deci transmiți faptul că este temporar?

CB: Absolut. Asta este o parte importantă a aspectului temporal al limitelor. Indicând faptul că este vorba doar de o modificare temporară a analizei, până la momentul la care pacientul va fi ieșit din criză și își va fi revenit, ajuți persoana să creadă că viața obișnuită se va întoarce.

SB: Este cert faptul că tu consideri că o prăbușire psihică este un moment cu potențial transformator, fie el negativ sau pozitiv.

CB: Da, cred asta cu tărie. De fapt, este un moment de mare fângăduință. O prăbușire psihică reprezintă cea mai puternică acțiune amânată din viața unei persoane. Aduce cu sine o combinație foarte intensă de vulnerabilitate, dorință de a primi ajutor și o disponibilitate de a coopera în cadrul unei noi alianțe terapeutice, alături de o diminuare semnificativă a apărărilor și rezistențelor, un înalt nivel de specificitate inconștientă cu privire la nucleul problemei și o nouă valorizare a istoricității. Sinele este inundat de rămășițe ale unor experiențe emoționale și avem parte de un eveniment cu un potențial terapeutic enorm.

SB: Faci distincție între două origini separate ale prăbușirii psihice suferite de un pacient non-psihotic. Discutând dintr-o perspectivă clasic freudiană, argumentele susțin o formă de fragilitate mentală, care derivă dintr-o slăbiciune a Eului, constituită în urma provocărilor intrinseci tuturor bebelușilor și copiilor mici, dintr-o vreme în care mintea nu este îndeajuns de dezvoltată pentru a gestiona forța instinctelor și dificultățile vieții de zi cu zi. Cealaltă situație este mai degrabă în spiritul lui Ferenczi, Balint, Winnicott și altora, pentru care prăbușirea psihică derivă din eșecurile relațiilor timpurii dintre sine și ceilalți.

Ce diferență vede psihanalistul, dacă există vreuna, între aceste drumuri foarte diferite înspre o prăbușire psihică?

CB: Persoana care suferă un *après-coup* ce își are originile în eșecurile timpurii parentale sau ale mediului își va fi organizat de regulă în narativul istoric propriu o impresie despre cum a fost dezamăgită în copilărie. Va demonstra acest lucru în transfer, ceea ce va repune în scenă aspecte ale acestui eșec timpuriu al culturii parentale. Astfel că analistul va avea destule dovezi din analiza transferului, a contratransferului și a asociațiilor libere pentru a-i permite să localizeze problema în tărâmul realului; anume între sine și celălalt. Celălalt tip de pacient, cel care este inerent fragil și supus unor limite autoimpuse nu va aduce amintiri distincte ale eșecului față de sine al figurilor parentale. Din contră, s-ar putea să fie foarte atașat de părinți, care se poate să îi fie de mare ajutor în continuare, așa că nu va fi pusă pe scena transferului o astfel de traumă timpurie. În schimb, analistul va descoperi că este martorul unui război predominant intern între pulsiuni și mintea persoanei; anume, între sine și sine. Se va dovedi că acești pacienți dețin structuri psihice construite pe baza unor axiome psihodinamice specifice, care au condus la crearea unor apărări autominimizante. În acest caz, un *après-coup* este trauma apariției unei dureri psihice cauzate de niște problematici structurale constituite cu multă vreme în urmă.

SB: Diferă aceste două tipuri de persoane și în alte moduri?

CB: Persoanele psihonevrotice (a căror suferință este cauzată de lupte în esență interne) au de regulă un sentiment că este ceva în neregulă cu ele, că ele sunt cauza propriilor dificultăți; că nu este ceva care le-a fost transmis mai departe sau indus de către

alții. Acestor oameni le este de obicei foarte clar că nu pot accepta generozitatea, iubirea sau interesul celuilalt, pentru că s-ar simți prea perturbăți intern. Așa că, trebuie să îl refuze pe celălalt, chiar dacă sunt conștienți că acceptarea unor astfel de invitații ar fi generativă. Îi arată analistului că lupta este internă: spre exemplu, între pulsunile sexuale și cele agresive, ori între amenințarea castrării și ambițiile dorinței. Ori s-ar putea ca lupta să se dea între Supraeu, pe care l-au investit cu o mare putere, și propria persoană, pe care îl văd ca pe nimic mai mult decât o întruchipare muritoare a imperfecțiunii. Persoanele angajate în conflicte psihonevrotice atât de intense au puțin timp de acordat altora, iar pe vremea când erau copii, se poate să le fi cauzat multe supărări unor părinți iubitori, care pur și simplu nu reușeau să creeze o conexiune cu ei, cu atât mai puțin să le rezolve problemele.

SB: Totuși, în ambele situații, o prăbușire psihică este o acțiune amânată?

CB: Un *après-coup* psihonevrotic apare în analiză odată ce persoana redescoperă incapacitatea minții de a gestiona forțele psihice. Puterea pulsuniilor întâlnește acum puterea Supraeului, producând forme toxice de vinovăție, anxietate și depresie, care pot fi copleșitoare. Este posibil ca analistul să trebuiască să funcționeze o vreme ca Eu auxiliar, dându-i acestei persoane posibilitatea de a gestiona însăși trauma de a avea o minte. Pe de altă parte, în ce privește individul cu o tulburare de personalitate, un *après-coup* reprezintă apariția unei dureri psihice derivate din șocurile avute în realitate, asta neimplicându-i neapărat pe părinți. Așa cum am arătat, un singur eveniment minor din realitate poate avea un efect profund perturbator asupra individului, împingându-i personalitatea într-o anumită direcție.

SB: Ai spune deci că, în cazul ambelor tipuri de personalități, atunci când suferă o prăbușire psihică, prin extinderea sedințelor, devii un Eu auxiliar?

CB: Da, cred că da. Paula Heimann, prima mea supervizoare, făcea frecvent această afirmație. Când am întreat-o de ce era atât de axată pe interpretare, mi-a explicat că, prin a face interpretări, preiei funcția unui Eu auxiliar. Trebuia să recunoaștem faptul că persoanele aflate în analiză sufereau prăbușiri psihice, pentru că acestea erau în parte efectul analizei, ea fiind concepută în așa fel încât să intensifice conflictele individului, astfel încât, aduse la lumină, să poată fi supuse transformării terapeutice. Așadar, analistul avea o responsabilitate etică de a interveni și de a asista pacientul, oferindu-i, pas cu pas, interpretări, până la ieșirea din situația în care se afla.

SB: Asta aproape că sună ca și cum în terapia prin cuvânt analistul ar avea rolul principal!

CB: Da, și din unele puncte de vedere, în anumite contexte, este cu totul adevărat. În timpul unora dintre prăbușirile psihice, s-ar putea ca, trăgând linie, analistul să vorbească mai mult decât pacientul, mai ales atunci când acesta traduce stări emoționale în cuvinte. (Poate fi vorba de stări emoționale ale pacientului, dintre pacient și analist sau ale analistului.) Pe de altă parte, unul dintre pacienții mei, vorbind despre travaliul nostru, a spus că psihanaliza n-ar trebui denumită terapie prin cuvânt, ci „terapie prin ascultare“, ceea ce cred că este extrem de interesant și destul de corect.

SB: Presupun că unii dintre acești pacienți au parcurs anterior o psihoterapie pentru copii. Ai lucrat cu persoane care să sufere

o prăbușire psihică și care să fi fost în terapie când erau copii și, dacă da, ce efect are acest lucru asupra rezultatelor?

CB: Am lucrat cu oameni care fuseseră în terapie pentru copii și care au ajuns să sufere o prăbușire psihică mai târziu în viață. În general, am descoperit că, dacă au fost văzuți de un psihanalist în adolescență, acest lucru poate avea un impact semnificativ asupra alianței de lucru din analiza ca adulți. De vreme ce adolescența constituie o reprezentare a problematicilor oedipiene și preoedipiene, dacă pacientul își amintește să fi fost ajutat anterior de un alt analist, asta se va dovedi a fi în beneficiul lui, odată ce intră într-o prăbușire psihică adult fiind. Și întrucât adolescența este ea însăși o formă de prăbușire, a avut parte de un soi de repetiție pentru reprezentarea principală; pentru prăbușirea psihică din viața de mai târziu.

SB: Într-o carte anterioară, ai scris că, atunci când faci interpretări, unii pacienți nu par să te audă la un nivel conștient, dar că interpretarea pare totuși să servească drept catalizator pentru atingerea de către ei a unei gândiri intense, creative. Este această o caracteristică a lucrului cu persoane aflate într-o prăbușire psihică?

CB: Da. Explicațiile clare, oricât de scurte, sunt pentru pacient ca un fel de reverii puse în cuvinte. Se poate ca el să nu adere în mod particular la conținut — ba chiar s-ar putea ca acesta să fie pe deplin uitat —, dar comentariile par adesea să-i inspire gândurile înspre a lua o nouă direcție.

SB: Cum îți explici acest lucru?

CB: Cred că este una dintre formele de comunicare inconștientă între analizand și analist, ca și cum comentariile

analistului ar fi o matrice verbală pe care pacientul o poate folosi pentru a-și imagina ceva complet diferit. În sensul strict winnicottian, este o formă de joc între cei doi. Prin „jocul” din analiză, Winnicott nu se referea la faptul că cei doi realmente se joacă, ci că interpretările analistului și răspunsurile pacientului reprezintă în sine o formă de joc. Interpretarea clară, urmată de o activitate intermentală, determină *natura* experienței psihice a pacientului, iar acest fapt este vital pentru înțelegerea minții sale. Așa cum cititorul a văzut, în astfel de momente tind să confrunt axiomele psihice ale analizandului, iar el beneficiază de pe urma acestor confruntări psihice provocatoare cu analistul. Intenția este de a introduce o altă perspectivă, care să-i ofere pacientului o mai mare capacitate de a se angaja într-o autoreflexivitate generativă. Aceasta va constitui o perioadă temporară în cadrul travaliului — uneori de numai o zi sau două —, înainte ca o astfel de activitate inconștientă intensă să dispară și să fie uitată, deschizând calea către noi axiome inconștiente care să reflecte travaliul parcurs.

SB: Care crezi că este cel mai mutativ aspect al ședințelor extinse?

CB: Timpul psihanalitic. Cadrul temporal obișnuit stabilit pentru ședința psihanalitică este adecvat realității sociale — poate fi cu ușurință inclus într-o zi lucrătoare —, dar nu este determinat de ritmul procesului psihanalitic și, din punctul meu de vedere, nu se potrivește foarte bine cu natura vieții inconștiente. Prelungind o ședință la 90 de minute, cred că analistul adaptează cadrul la posibilitățile inconștiente. Iar dacă ședința durează o zi întreagă, atunci realitățile sociale ale celor doi participanți au fost întru totul lăsate deoparte, în beneficiul

timpului psihanalitic. Ce a fost la fel de surprinzător atât pentru mine, cât și pentru pacienții mei, a fost cât de naturală pare să fie resimțită această adaptare. Este ca și cum pur și simplu i-am acorda inconștientului ceea ce are nevoie pentru a-și parcurge travaliul în cadrul experienței psihanalitice.

SB: Deci, ceea ce spui este că un cadru psihanalitic tradițional nu este adecvat posibilităților depline ale experienței psihanalitice?

CB: Probabil că da. Dar trebuie să trăim cu această limitare. Am simțit de mii de ori de-a lungul carierei mele că o ședință se încheiase prea repede și că analizandul ar fi avut nevoie de mai mult timp pentru a dobândi un acces mai profund la propriul inconștient. Pur și simplu nu este practic să ții astfel de ședințe extinse în mod obișnuit, dar se poate să eșuăm de fapt în acest sens în a împlini adevăratul potențial al psihanalizei.

SB: I-ai oferit vreodată ședințe extinse unui pacient care nu suferea o prăbușire psihică?

CB: Cred că nu puțini analiști vor pune la dispoziție ședințe de 90 de minute (sau duble) în anumite circumstanțe. Spre exemplu, dacă un pacient vine din străinătate și nu își poate permite decât o scurtă perioadă de analiză sau, uneori, atunci când lucrez cu o persoană care este foarte tulburată încă de la început, s-ar putea să o primesc pentru 90 de minute. Iar pentru întrevederile preliminare întotdeauna ofer o ședință de 90 de minute sau chiar câteva ședințe, înainte de a face o recomandare.

SB: Ai lucrat vreodată cu cineva pe toată durata unei zile, persoana nesuferind o prăbușire psihică, ci pur și simplu pentru

a vedea dacă ai putea dobândi un mai mare acces la viața sa inconștientă?

CB: Nu. Sunt generic precaut și nu aș vrea să stabilesc un astfel de precedent. Este evident că un astfel de travaliu nu ar putea fi susținut, iar dacă ar fi oferit de la bun început, atunci ar fi perceput ca reprezentând cadrul, axioma analizei. Nu văd cum ai mai putea trece apoi la ședințe obișnuite.

De asemenea, este important de evidențiat faptul că ședințele de o zi întreagă au funcționat în modul în care au făcut-o datorită perioadei anterioare de analiză și a faptului că pacientul se afla într-o prăbușire psihică și, deci, într-o stare psihică profund comunicativă.

SB: Întorcându-ne la timpul psihanalitic, constituie acesta singura dimensiune mutativă a transformărilor care au loc în aceste analize? Ai pus în discuție rolul conștientului și al travaliului intermental. Ce altceva ai adăuga?

CB: Mai sunt, firește, multe alte aspecte. În timpul prăbușirii psihice, inconștientul este mai deschis, mai specific, existând și o dorință urgentă de a readuce persoana într-o stare eliberată de durerea psihică. Două forme de trecut — evenimentul precipitant din trecutul recent și densitatea trecutului persoanei — devin interconectate, iar acest fapt aruncă lumină asupra structurii prăbușirii psihice a sinelui. Logica prăbușirii este dezvăluită și poate fi explicată. Se creează o *istorie* care leagă cele două forme de trecut. Procesul de îmbinare a acestor piese de puzzle creează un nou eșafodaj pentru apariția unor afecte înăbușite, care emerg acum sub forma unei experiențe emoționale puternice și depline. Așadar, are loc o contribuție mai profundă a inconștientului; istorii care dezvăluie logica acestei prăbușiri psihice și constituie

un nou gestalt. Persoana își transformă tiparul anterior de a fi și de a relaționa într-un nou tipar. Vechiul tipar nu fusese niciodată înțeles. Era ego-disonic, cauză a unei dureri psihice imense, deși se poate să fi furnizat beneficii secundare, precum plăcerile masochiste. Acum persoana are o intensă nevoie de schimbare, iar această redirectionare motivațională inconștientă este mai puternică decât rezistențele și anumite apărări. Pe măsură ce noua structură se dezvoltă prin intermediul travaliului analitic, aceasta funcționează inițial ca o structură psihică tranzițională, una psiho-logică; una care are sens pentru pacient. Un astfel de sens nou găsit este eliberator, resimțit ca o ușurare, și devine treptat o parte a personalității individului.

SB: Despre ce nivel de schimbare vorbim? Cu siguranță că nu crezi că este afectată întreaga personalitate.

CB: Bineînțeles că nu. Numai factorii care au contribuit la slăbiciunea Eului sau la fragilitatea psihică; cauzele prăbușirii psihice. Ulterior, când persoana revine la analiza obișnuită, va putea să lucreze asupra altor problematici. Dacă este vorba de pacienți psihonevrotici, atunci prăbușirea psihică și transformarea vor fi fost foarte semnificative ca măsură a schimbării psihice. Dacă sunt mai perturbați, cu o tulburare de personalitate gravă, atunci efectul va fi doar unul parțial și va fi nevoie de mult mai mult lucru.

SB: Dacă ne imaginăm pentru o clipă că abordarea ta ar deveni practica standard, cum ar putea fi prezentată aceasta analizanzilor și publicului?

CB: Cred că realizezi că părerea mea este că vorbim despre ceva imaginar. Nu mă aștept la acordul colegilor mei pentru cea mai mare parte a metodei pe care am propus-o. Nu aş

recomanda ca analiștii să aducă în discuție această idee la începutul unei analize, deși presupun că, dacă pacientul ar fi auzit deja de ea, atunci i s-ar putea confirma că reprezintă o măsură de utilizat numai în circumstanțe deosebite. Fără îndoială că ar avea o anumită semnificație pentru pacient, iar aceasta ar trebui să fie analizată.

SB: Ai scris împreună cu David Sundelson o carte despre confidențialitate, *The New Informants*, în care pledați pentru o politică a non-compliancei cu oricine ar cere informații despre pacienți. Cum împaci acest punct de vedere cu utilizarea unei echipe de suport?

CB: În *The New Informants* am susținut că nu doar psihanalistul se supune confidențialității, ci profesia în sine. Acest fapt îi permite unui analist să se consulte cu alți analiști în legătură cu pacientul. În ce-i privește pe cei aflați într-o prăbușire psihică, vorbesc despre pacient cu ceilalți specialiști implicați, dar numai pentru a le cere ajutorul. Nu discut propriu-zis despre pacient și nu ofer niciun detaliu cu privire la ce se întâmplă în analiză, și îi folosesc numele numai după ce mi-a oferit permisiunea de a o face.

SB: Dar cu siguranță că trebuie să existe multe presiuni din partea colegilor tăi de a le spune ce anume se întâmplă care să conducă la asemenea intervenții?

CB: Da, asta-i adevărat. Se poate să spun ceva obiectiv, spre exemplu că pacientul se află într-o „depresie agitată”, pentru că aş vrea ca psihiatrul să cunoască situația. Singura dificultate reală pe care am avut-o din acest punct de vedere a fost în America, atunci când pacientul se afla într-o terapie maritală.

În Statele Unite, terapeuții de cuplu privesc ca practică normală consultarea între colegii psihanaliști care lucrează cu unul și celălalt partener. Deși vor deține „consimțământul informat” de a face asta și deși vor proteja confidențialitatea din alte perspective, eu nu mă simt confortabil cu acest tip de practică. Sunt de părere că, în măsura posibilului, orice ai afla despre pacientul tău ar trebui să vină de la pacient și nu din vreo altă sursă.

SB: Pari destul de sigur de dezacordul colegilor tăi psihanaliști în privința acestei cărți, dar n-ar fi oarecum posibil ca mai mulți oameni să utilizeze aceste metode, dar tu să nu fi aflat?

CB: Știu că se întâmplă uneori ca analiștii să pună la dispoziție ședințe prelungite și ședințe suplimentare. Scopul scrierii acestei cărți a fost de a oferi o descriere a propriei mele experiențe particulare în acest domeniu și mai ales ca psihanaliza extinsă să fie considerată o formă alternativă de tratament pentru cei care suferă prăbușiri psihice.

SB: Mai știi ca altcineva să fi lucrat cu un pacient pe toată durata zilei, câteva zile la rând?

CB: Nu, nu știu. Dar s-ar putea ca analiștii să nu se simtă încrezători să-și descrie metoda de lucru din cauza regulilor ortodoxe instituite. Se poate foarte bine ca astfel de lucruri să se fi întâmplat și să fi condus la succese clinice, dar pur și simplu să nu fi fost împărtășite.

SB: Ai scris că nu ești de acord cu unele aspecte ale tehnicii lui Winnicott, faptul că încuraja prea mult dependența de el în transfer, și subliniezi nevoia de a sprijini sănătatea Eului

pacientului și de a încerca să-i menții funcționarea în realitate. Ai putea spune mai multe despre asta?

CB: Cred că Winnicott mergea prea departe. Deși știu de la mulți oameni că i-a ajutat foarte mult, aceștia erau bine închegați de la bun început, așa că puteau trece printr-o experiență winnicottiană și să iasă chiar mai bine din ea. Dar el își încuraja pacienții să intre într-o prăbușire psihică doar de dragul de a o face, iar în unele cazuri cred că era gata să vadă ca înnobilitant faptul că o persoană și-a descoperit propriul simț al realității interne personale, chiar dacă asta echivala cu a-și fi distrus propriu-zis viața. Este ca și cum vedea în prăbușirea psihică un fel de idilă romantică; două ființe neoplatonice sălășluind într-un spațiu rarefiat, lumea urbană și realitatea externă aflându-se la foarte mare depărtare. Eu consider că o prăbușire psihică este o tragedie. Dar atunci când apare — și trebuie să-și facă singură apariția și nu s-o forțezi, cum făcea Winnicott —, poate fi transformatoare. Analistul trebuie să știe atât cum să rămână în tăcere și să primească comunicările inconștiente, cât și cum să pătrundă în limbajul și istoria pacientului prin comentarii clare, care să analizeze semnificația prăbușirii psihice. Cu alte cuvinte, trebuie să aibă capacitatea de a opera atât cu funcția maternă, cât și cu cea paternă.

SB: Te bazezi foarte mult pe cunoașterea inconștientă care-i aparține analizandului.

CB: Persoanei i se transmit conținuturi din inconștient. Ca atunci când citești o carte sau când ți se citește, acestea au un profund caracter informativ. Firește că și analistului trebuie să i se transmită conținuturi de către analizand; ei beneficiază apoi

împreună de pe urma acumulării de cunoaștere în „depozitul de idei” la care face referire Freud.

SB: Deci, înțelegerea conținuturilor minții este importantă pentru lucrul în acest palier?

CB: Este crucială, întrucât aceste conținuturi reprezintă povestea cristalizată a suferinței sinelui: istoria conflictelor și problematicilor psihice care au condus persoana până în punctul prăbușirii psihice. Vreau ca aceste conținuturi să le fie transmise întâi pacienților. Și numai apoi să le transmit și eu ceva. Vreau ca pacienții să acumuleze cunoaștere din propriul inconștient. Dacă îi putem ajuta să dobândească acea cunoaștere, atunci adevărul îi va elibera.

SB: Cum intră în joc, practic vorbind, acest accent pus pe asocierea liberă atunci când o persoană parcurge o prăbușire psihică?

CB: Sperăm că până în acest punct, analizandul își va fi dezvoltat o perspectivă îndeajuns de clară asupra propriilor secvențe de gândire, astfel încât, chiar și în toiul unei anxietăți și tulburări extreme, atunci când un tipar de gândire va ieși la suprafață, înșiruirea de idei să funcționeze într-o manieră aproape revelatoare.

SB: În cartea *The Infinite Question*, ai pus în discuție pulsivitatea interogativă. Ai sugerat că, atât în vise, cât și în narativul unei ședințe, persoana pune întrebări, iar apoi, adesea inconștient, dă răspunsuri profund relevante pentru sine, iar aceasta conduce apoi la alte întrebări. Când cineva se află într-o prăbușire psihică, analistul reprezintă vreo funcție inconștientă specială în acel moment?

CB: Psihanaliștii francezi consideră că inconștientul preia funcția mamei. Este o formă de relație cu obiectul intrasubiectivă. Eu sunt de părere că, într-o prăbușire psihică, sinele apelează la mama-inconștient, iar gândurile care emerg sunt profund presciente și valoroase. Din unele puncte de vedere, cred că în acest moment analistul, în transfer, reprezintă atât apariția mamei-conținător, cât și mintea. Este ca și cum sinele se întoarce la ființa în care își are originile mintea.

SB: Ai scris despre „sinele fisurat”, denumire pe care o dai în cazul persoanelor ale căror prăbușiri psihice anterioare nu au fost adecvat întâmpinate de un altul terapeutic. Acesta nu este un termen comun și mă întreb dacă ai putea să ne mai spui câte ceva despre el.

CB: Cred că există mulți oameni care au suferit la un moment dat o prăbușire psihică. N-a fost nimeni acolo care să o primească, ei și-au revenit de pe urma colapsului, dar acesta s-a pierdut și nu a avut loc niciun progres. Mai mult decât atât, daunele aduse unei persoane de un asemenea eșec se înscriu în ființa sa pentru tot restul vieții. Chiar dacă a evitat o prăbușire psihică psihotică, persoana nu poate ascunde un sentiment de a fi fost profund abandonată în momentul său de criză. Probabil situația cea mai comună este atunci când cineva este respins într-o relație de iubire. Respingerea de către un obiect de iubire este înfiorătoare. Și deseori persoana rămâne într-o stare de rătăcire, temătoare să mai facă și alte încercări în acest sens și poate continua să trăiască în ceea ce John Steiner numește o „retragere psihică” pentru tot restul vieții. Aceasta poate avea un aspect similar cu depresia cronică sau cu un soi de amărăciune de nivel scăzut, dar persistentă.

SB: Deci nu pui o etichetă diagnostică asupra acestei funcționări? Pare că sugerezi că, indiferent de diagnosticul unei persoane, dacă nu a suferit anterior o prăbușire psihică, are un prognostic mai bun decât cineva care are un diagnostic similar, dar a trecut printr-o prăbușire. Asta pentru că este foarte posibil ca prima prăbușire să fi provocat o sigilare a sinelui, care să fi condus la un nou tip de izolare.

CB: Da, ai descris foarte bine lucrurile. Există acum un nou strat de apărări, unul bazat pe ipoteza că ar fi decepționat de celălalt, iar dacă aceasta a constituit o parte semnificativă a istoriei sale timpurii, nu va face decât să contribuie la acea convingere.

SB: Dar se presupune că se poate totuși crea un contact cu acești pacienți în analiză sau în terapie?

CB: Asta depinde de pacient. Unii sunt atât de înfrânți, încât intră într-o remiză cu analistul. Tot ce pot face e să-și proiecteze sentimentul de disperare în analiză, forțându-l pe analist să le repete soarta. Alți pacienți pot fi atrași înapoi din retragerea lor psihică pentru a face o oarecare investire în lumea obiectală. Aici este extrem de importantă acea distincție dintre instinctul de viață și cel de moarte. Cu cei care se află în mod predominant sub auspiciile pulsionii de moarte, este improbabil să se poată crea o conexiune. Cei cărora le curge încă viața prin vine pot să facă un progres.

SB: Ai menționat că ai avut eșecuri cu unii dintre pacienți la începuturile carierei tale, prin faptul că nu ai acționat mai devreme pentru a-i ajuta, pe măsură ce se apropiau de o prăbușire psihică. Acest lucru ar putea crea impresia că, începând de la

un punct ulterior, ți-ai perfecționat tehnica și nu te-ai mai confruntat cu dificultăți. Spre exemplu, spui că niciun pacient nu a necesitat spitalizarea. Susții că nu ai făcut nicio eroare?

CB: Nu, firește că nu. Nu iese bine de fiecare dată. Spre exemplu, au existat câteva ocazii în care am oferit ședințe extinse unor persoane care probabil ar fi reușit să perlaboreze criza doar cu ajutorul analizei standard. Mi s-a întâmplat și să-i ofer ședințe de o zi întreagă unui pacient pentru care, privind în retrospectivă, ar fi funcționat probabil mai bine ședințe prelungite. Nu a fost tulburat de încercarea mea, dar după o zi i-am spus că eram de părere că ar trebui să revenim la un cadru mai puțin intensiv. A fost important faptul că am reușit să analizăm de ce crezusem eu că ar fi avut nevoie de un travaliu mai intensiv.

SB: Deci ți-ai supus propria recomandare analizei?

CB: Da, bineînțeles. Dar sper că toți clinicienii își analizează uneori analiza. Facem multe greșeli, iar acestea trebuie analizate pentru ca procesul să funcționeze.

SB: Mai există și alte probleme comune?

CB: O problemă dificilă este atunci când pacientul se află într-o căsnicie malignă sau pe cale să se destrame, iar partenerul joacă un rol central în colapsul pacientului. Dacă el locuiește în continuare cu acel partener, atunci cred că trei ședințe de o zi întreagă nu ar funcționa. Cel mult, pacientul ar trebui să aibă cinci ședințe pe săptămână, iar dacă este necesar, să se apeleze la o implicare mai mare a intervenției psihiatrice.

SB: Cititorul s-ar putea întreba de ce ai așteptat în jur de 30 de ani înainte de a vorbi public despre această metodă de lucru.

În tot acest timp, știau mulți dintre colegii tăi din Londra că le oferi pacienților ședințe pe toată durata zilei?

CB: Nu știa niciunul dintre colegii mei. Primii 20 de ani pur și simplu făceam aceste ajustări atunci când păreau necesare, din motivele pe care le-am explicat în text, dar asta constituia o parte atât de mică a practicii mele, încât nu mă gândeam foarte mult la ea. Dar eram, desigur, de asemenea conștient că ar fi sau ar putea fi un subiect de controversă, așa că doream să dobândesc mai multă experiență în această privință înainte de a o împărtăși cu alții.

SB: Ar fi interesant să știm mai multe despre efectele acestei metode de lucru asupra ta, ca analist. Să vorbim despre concentrare. Cum te pregătești pentru o ședință de o zi întreagă?

CB: Îmi iau îndeajuns de mult timp dimineața — în jur de o oră —, înainte de venirea pacientului, ca să pregătesc încăperea. Asta îmi aduce un ciudat sentiment de confort. Dacă sunt într-o cameră de hotel, într-un oraș străin, atunci voi aranja canapeaua, cu fotoliul meu în spatele ei și în afara vederii, așa că asta implică mutatul mobilei. Aranjez și sticlele de apă pe o măsută care să se afle în spectrul privirii pacientului. Iar apoi, în jur de jumătate de oră înainte de ședință, pur și simplu stau în fotoliul meu și mă relaxez, înainte de a merge în sala de așteptare pentru a-mi întâmpina pacientul. Cred că ceea ce fac trebuie să fie o formă de meditație sau de calmare a propriului sine.

SB: Nu ți se pare că perspectiva zilei ce urmează este destul de sumbră?

CB: Nu, nu mi se mai pare. N-am de ce să mă simt anxios, pentru că am încredere în proces și în grupul de oameni cu care lucrez cu pacientul.

SB: Dar *toată ziua*? Cum e să stai într-o încăpere cu un pacient de la 9:00 la 18:00?

CB: În mod curios, este foarte satisfăcător. Asta ar putea să sune ciudat, dar e ceva cu privire la momentul zilei — literalmente — care face parte din structura acestui proces. Începi cu lumina dimineții și cu sunetele dimineții. Dimineța denotă ceva foarte optimist; până și persoana aflată într-o prăbușire psihică simte asta de obicei. Apoi soarele începe să se înalțe, încheind dimineța, iar până la amiază, este o perioadă intermediară de câteva ore, mai destinsă, ceea ce se reflectă în ședință. Apoi, până pe la 15:00 sau 16:00, apare un sentiment de calmare. Apusul ne poartă într-o altă dispoziție.

SB: Câte pauze iei?

CB: Nu iau decât o pauză de prânz. În rest, rămân în fotoliu pe toată durata zilei. Deși pacientul își mai ia pauze, eu n-am făcut-o niciodată. Nu știu de ce, doar că întreaga experiență, de la început până la sfârșit, este una profund meditativă și nu simt nevoia să mă ridic.

SB: Și iată și întrebarea finală. Dacă ar trebui să descrii această carte în două fraze, poate să faci un rezumat pentru un clinician începător, ce i-ai spune?

CB: Ai încredere în metoda psihanalizei. Alcătuiește-ți propria echipă de colegi specialiști care să te ajute și fii sigur că-l prinzi pe pacient înainte să decompenseze. Pur și simplu extinde cantitatea analizei și asigură-te că transmiți clar noul contract și detaliile acestei extensii. Dacă nu funcționează, atunci psihiatrul își va asuma responsabilitatea clinică, iar tu vei ști că ai făcut tot posibilul pentru a întâmpina nevoile pacientului tău.

Bibliografie

- Balint, Michael (2014). *Defectul fundamental*, București, Editura Trei.
- Bollas, Christopher (1989). *Forces of Destiny*. London: Free Association Books.
- — (1992). *Being a Character*. New York: Hill & Wang.
- — (1995). *Cracking Up*. New York: Hill & Wang.
- — (2007). *The Freudian Moment*. London: Karnac.
- — (2011). *The Christopher Bollas Reader*. London: Routledge.
- Bollas, Christopher și Sundelson, David (1995). *The New Informants*. New York: Aronson.
- Freud, Sigmund (1923/2005). „Psihanaliza și teoria libidoului”, în *Opere complete, vol. 13 — Compendiu de psihanaliză*, p. 87. București: Editura Trei.
- Kubie, Lawrence S. (1960). *The Riggs Story*. New York: Harper & Brothers.
- Phillips, Adam (2002). *Equals*. London: Faber & Faber.
- Rosenfeld, Herbert (1987). *Impasse and Interpretation*. London: Tavistock.
- Steiner, John (1993). *Psychic Retreats*. London: Routledge.

Ce-i de făcut atunci când unii pacienți aflați în terapie, fie brusc, fie treptat, indică existența unor semne de prăbușire psihică, iar din varii motive această problemă nu poate fi soluționată cu ajutorul unei abordări clinice obișnuite? Spitalizarea și/sau medicația antipsihotică sau antidepressivă — care pot avea un impact ireversibil asupra vieții unei persoane — sunt absolut necesare? În cartea de față Christopher Bollas prezintă o abordare radicală a tratamentului psihanalitic acordat persoanelor aflate la limita prăbușirii psihice, oferind o paradigmă clinică nouă și curajoasă. El afirmă că, dacă este surprinsă la timp, o prăbușire poate deveni un progres prin înțelegerea transformatoare. Bogat ilustrată cu detaliate studii de caz, această carte va fi una de interes pentru clinicienii care descoperă că, în cazul pacienților aflați la limita prăbușirii psihice, modul de lucru tradițional se dovedește a fi insuficient pentru soluționarea crizei emergente.

Christopher Bollas este psihanalist cu practică privată în Londra. Este autorul unor lucrări de referință, precum *The Shadow of the Object* (1987), semnând în același timp romane și piese de teatru. De același autor, la Editura Trei a mai apărut *Isteria*.

